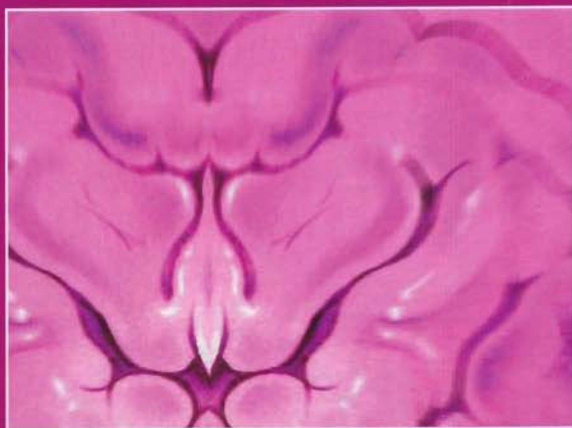
INTER-MEMO ECN

Fiches de synthèse illustrées

PSYCHIATRIE



Laurent KARILA

VG

INTERNAT-MEMOIRE

Fiches de synthèse illustrées

PSYCHIATRIE

CONFORME AU PROGRAMME DE l'ECN 2004

Laurent KARILA

Editions VERNAZOBRES - GREGO
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61
ISBN 2-84136-668-5

PREFACE

Voici un ouvrage extrêmement utile : Laurent KARILA a réussi le tour de force de faire tenir en 195 pages, l'essentiel de ce que tout médecin doit savoir concernant les troubles rencontrés en psychiatrie adulte, en pédopsychiatrie et en addictologie.

Tout médecin, quelle que soit sa spécialité, sera très largement confronté à ces troubles et pathologies ; plus encore s'il exerce en médecine générale où divers travaux ont montré que ces troubles constituent de 20 à 40 % des consultations. Il convient donc qu'il soit parfaitement au fait des démarches diagnostiques et thérapeutiques.

Tout médecin, mais également tout étudiant en médecine, car la psychiatrie et l'addictologie prennent une part de plus en plus importante dans les concours. Ceci est lié d'une part à la fréquence de ces troubles mais aussi au fait qu'ils sont très souvent associés à des pathologies somatiques, médicales ou chirurgicales. Il est donc nécessaire de posséder tous ces éléments aussi bien pour sa propre pratique clinique que pour la préparation des examens et concours.

Outre le fait qu'il a traité l'essentiel de la psychiatrie et de l'addictologie, Laurent KARILA a réussi à le faire d'une manière extrêmement synthétique et pratique. Malgré cette concision, l'essentiel est dit : ce qu'il faut savoir est présenté de manière claire et accessible, et les dernières données de la science son intégrées dans le texte.

Laurent KARILA avait toutes les compétences pour tenir cette gageure : il enseigne à la faculté Paris XI et dans les meilleures conférences de préparation aux épreuves nationales classantes, la psychiatrie et l'addictologie, depuis déjà plusieurs années. Ses connaissances cliniques, l'étendue de ses compétences scientifiques, ses capacités de synthèse et d'organisation ont permis de donner naissance à cet ouvrage destiné à tous les étudiants en médecine mais destiné aussi, en tant que vade-mecum, à tous les praticiens.

Je me permets de formuler le souhait, qu'outre la réussite aux épreuves nationales classantes, il serve à faire naître des vocations dans ces disciplines, les plus passionnantes qui soient, car elles touchent à ce qui fait l'homme : son désir, ses faiblesses et ses forces. Et car elles sont portées par les techniques les plus récentes de biologie moléculaire, de génétique, d'imagerie cérébrale fonctionnelle, de pharmacologie. C'est sûrement, en effet, dans ces domaines que la science et les connaissances progresseront le plus dans les prochaines années.

Michel REYNAUD
Professeur de psychiatrie et d'Addictologie
Hôpital Universitaire Paul Brousse – Villejuif
PARIS XI

A ma femme Mélanie et mon fils Noé

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEPINE (Service de Psychiatrie, Hôpital Fernand Widal, Paris) pour la relecture et les corrections apportées à cet ouvrage.

Remerciements pour leur soutien et conseils

Dr Sarah COSCAS
Dr Laurent MARTIN
Christophe PARAVANO
Floriane CRINE
Eric DEMICHELIS
Annette et Gilles DANIS
Cyril ROUX
Maia ABED
The Famous Riadh KARMOUS
Isabelle ARRESTIER
Claire DEMICHELIS

Je remercie le Dr Karine GUILLARD pour son aide à la réactualisation de ce livre. Elle dédie ce livre à Laurent PARIS, Fleur et Reynolds GUILLARD.

TABLE DES MATIERES

Q 285- SYNDROME MANIAQUE **5**

Q 285- EPISODE DEPRESSIF MAJEUR **11**

Q 285- TROUBLE BIPOLAIRE **17**

Q 44 & 189- IDEES, CONDUITES, RISQUES SUICIDAIRES CHEZ L'ADOLESCENT ET CHEZ L'ADULTE **21**

Q 177- ANTIDEPRESSEURS **23**

Q 177- THYMOREGULATEURS **27**

Q 191- CRISE D'ANGOISSE AIGUE ET ATTAQUE DE PANIQUE **33**

Q 41- TROUBLES ANXIEUX ET TROUBLE DE L'ADAPTATION **35**

Q 41- TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (NEVROSE OBSESSIONNELLE) **39**

Q 41- TROUBLE PHOBIQUE (NEVROSE PHOBIQUE) **43**

Q 41- CONVERSION ET AUTRES MANIFESTATIONS HYSTERIQUES (NEVROSE HYSTERIQUE) **47**

Q 177- ANXIOLYTIQUES **51**

Q 184- ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE AGITATION **55**

Q 184- TROUBLE DELIRANT AIGU **59**

Q 278- HALLUCINATIONS **61**

Q 278- SCHIZOPHRENIE **63**

Q 278- DELIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRENIQUES **71**

- **DELIRES PARANOIAQUES** **73**
- **PARAPHRENIE** **77**

Q 177- NEUROLEPTIQUES **79**

Q 19- LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST PARTUM **85**

Q 289- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES **89**

Q 43- TROUBLES DU SOMMEIL **93**

Q 286- TROUBLES DE LA PERSONNALITE **97**

Q 40- SEXUALITE NORMALE ET SES TROUBLES **103**

Q 9- HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS ET HOSPITALISATION D'OFFICE **107**

Q 52- MESURE DE PROTECTION DES BIENS **111**

Q 47- PSYCHOTHERAPIES (GRANDS COURANTS) **113**

Q 47- APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET PERSONNALITE NORMALE (GRANDS COURANTS) **115**

Q 47- LES GRANDES THEORIES DE L'APPRENTISSAGE (GRANDS COURANTS) . **117**

Q 39- TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT 123
Q 285- DEPRESSION DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT 129
Q 278- AUTISME ET PSYCHOSES INFANTILES 131
Q 42- TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE 137
Q 43- TROUBLES DU SOMMEIL 143
Q 45- MODALITES DE CONSOMMATION : USAGE, ABUS OU USAGE NOCIF, DEPENDANCE 149
Q 45- TABAC 153
Q 45- CANNABIS 157
Q 45- ALCOOL 163
Q 45- COCAINE & CRACK 171
Q 45- ECSTASY (AMPHETAMINES) 177
Q 45- OPIACES 179
Q 45 & 177- TRAITEMENT SUBSTITUTIF : CHLORHYDRATE DE METHADONE® 183
Q 45 & 177- TRAITEMENT SUBSTITUTIF : SUBUTEX®, BUPRENORPHINE® 189
Q 45 & 177- TRAITEMENT SUBSTITUTIF : SUBOXONE® 193
Q 45- JEU PATHOLOGIQUE 195

Q 285- SYNDROME MANIAQUE

DIAGNOSTIC

- Age de début : 15-30 ans
- Facteurs déclenchants les jours précédents
- Prodromes aspécifiques (insomnie, irritabilité, labilité thymique)
- Hyperthymie avec euphorie, optimisme, hypersyntonie
- Tachypsychie (excitation psychique) : fuite des idées, logorrhée propos désordonnés, distractibilité, coq-à-l'âne, plaisanteries
- Possibles idées délirantes congruentes à l'humeur (mégalomanie, grands projets, puissance, supériorité…)
- Tachykinésie (excitation motrice) : hypermimie, accroissement de l'énergie, hyperactivité improductive, augmentation de l'activité sexuelle, présentation débraillée, desinhibition instinctuelle, dépenses et achats inconsidérés, impulsivité
- Retentissement somatique : besoin physiologique réduit de sommeil, diminution de la perception de la fatigue, hyperphagie, amaigrissement, signes neurovégétatifs
- Usage fréquent de produits psycho-actifs stimulants (cocaïne, amphétamines) et/ou d'alcool (abus fréquent)

-Diagnostic différentiel :

- Autres maladies psychiatriques : BDA, mélancolie délirante, schizophrénie dysthymique (trouble schizo-affectif : symptomatologie schizophrénique persistante entre les troubles thymiques)
- Manie iatrogène : alcool, cocaïne, corticoïdes, L-DOPA, rimifon, CO, hormones thyroïdiennes, certains AINS, interféron α (liste non exhaustive)
- Manie organique : tumeur cérébrale, hypercorticisme, hyperthyroïdie, VIH, syphilis tertiaire, épilepsie temporale, SEP

FORMES CLINIQUES

HYPOMANIE (DSM IV TR)

A. Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce tous les jours **pendant au moins 4 jours.**

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins **3 des symptômes décrits (4 si l'humeur est seulement irritable)** ont persisté avec une intensité significative :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les idées défilent.
5. Distractibilité
6. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (dépenses inconsidérées +++)

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.

F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

MANIE DELIRANTE	FUREUR MANIAQUE
Peut faire penser à une BDA chez le jeune • Euphorie remplacée par agressivité ou irritabilité • Trouble du contenu de la pensée, perception et vision de l'environnement et de l'avenir, • Idées délirantes AU PREMIER PLAN (thèmes mégalomaniaque, mystique, de persécution, de filiation, revendicatif ; mécanismes interprétatifs, intuitifs, hallucinatoires intra-psychiques (automatisme mental)) • Congruentes ou non à l'humeur	Forme clinique rare et grave Hostilité, agitation Violence pour le sujet et son entourage

ETAT MIXTE	• Critères complets d'un syndrome maniaque ou hypomaniaque • Présence simultanée de symptômes dépressifs associés : humeur dépressive, anhédonie, gain significatif de poids ou augmentation de l'appétit, hypersomnie, ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiments de désespoir ou de culpabilité excessive, d'indignité, pensées récurrentes de mort, idées suicidaires récurrentes ou plan précis de suicide (sont éliminés les symptômes en commun avec la manie tels que l'insomnie, l'agitation, les troubles de la concentration) • Durée > ou = à 1 semaine • Manie dysphorique sûre si présence d'au moins 3 symptômes dépressifs en association aux critères de manie ou d'hypomanie • Retentissement fonctionnel important sur la vie du patient • Absence d'étiologie organique ou toxique

EVOLUTION

- Sans traitement : 4 à 8 semaines
- Réduction de la durée de l'épisode sous-traitement adaptée
- Rares cas de résistance (sismothérapie +++)

TRAITEMENT

Hospitalisation libre ou à la demande d'un tiers le plus souvent
Evaluer systématiquement la nécessité d'une sauvegarde de justice
Eliminer une cause secondaire de syndrome maniaque

-Traitement curatif de l'épisode maniaque :

Thymorégulateur, après bilan pré-thérapeutique (Cf.QS), per os :

- Lithium, en première intention dans la manie euphorique
- Anti-convulsivants :
  - divalproex, Depakote® : action antimaniaque en monothérapie indiqué lors des états mixtes, en cas d'intolérance ou de résistance à la lithiothérapie, en cas de manie dysphorique, dans le traitement symptomatique des manies organiques
  - carbamazepine, Tegretol® : indiqué dans les états mixtes, en cas d'intolérance ou de résistance à la lithiothérapie, en cas de manie dysphorique, dans le traitement symptomatique des manies organiques

Antipsychotiques atypiques : Zyprexa®, olanzapine ; Risperdal®, risperidone

-Traitement symptomatique de l'épisode maniaque :

- Neuroleptiques sédatifs en monothérapie (cyamemazine, Tercian® ; loxapine, Loxapac®..)
- Per os, voie intramusculaire si refus
- Pas de voie IV pour les neuroleptiques
- Durée du traitement : 1 à 3 mois avec diminution progressive de la posologie dès que la phase aiguë de l'épisode maniaque est passée et que les effets anti-maniaques du thymorégulateur choisi commencent à se manifester

-Psychothérapies :

- Institutionnelle pendant l'épisode (soutien +++)
- Approche psycho-éducative en inter-épisodes
- Prévention des récidives par thérapie cognitive et comportementale

Q 285- EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

Il faut toujours rechercher des idées suicidaires et les consigner dans le dossier médical. Le terme majeur veut dire caractérisé (au moins 15 jours d'évolution)
Les termes endogène et exogène ou psychogène ne s'utilisent plus.
Les termes dépression primaire et secondaire s'utilisent actuellement

-Diagnostic :
- Touche 4 à 8 % des sujets (prédominance féminine)

-Pendant 2 semaines, presque chaque jour (DSM-IV-TR) :
- Humeur dépressive et/ou anhédonie + au moins 4 des symptômes suivants :
- Perte ou gain de poids, appétit diminué ou augmenté
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment d'inutilité et dévalorisation ou culpabilité inappropriée
- Diminution de la concentration, indécision
- Pensées récurrentes de mort, idées suicidaires, tentative ou projet suicidaire
- Troubles de la libido

-Diagnostic différentiel
- Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale
- Trouble de l'humeur induit par une substance psychoactive ou autre
- Démence
- Deuil

-Formes cliniques :
- **Mélancolie** :
  - Amimie, incurie, mutisme, ton monocorde
  - Douleur morale, inhibition psychomotrice, anhédonie (besoin réduit de plaisir), aboulie (perte des initiatives)
  - Anesthésie affective, dévalorisation, autodépréciation, culpabilité, incurabilité, ruine
  - Perte de l'appétit, troubles du sommeil
  - Risque suicidaire (raptus anxieux ou projet prémédité)
    - → Forme stuporeuse (inhibition psychomotrice)
    - → Forme agitée
    - → Forme délirante avec idées délirantes à thèmes de persécution, de ruine, de culpabilité, d'autoaccusation, de damnation, syndrome de Cotard (négation d'organe) (indication à la sismothérapie d'emblée dans ce dernier cas)
- **Double dépression** : patients ayant une dysthymie, depuis plus de 2 ans, présentant des épisodes dépressifs majeurs
- **Trouble dépressif bref récurrent** (symptomatologie identique à celle de l'épisode dépressif majeur)
- **Dépression bipolaire**
- **Dépressions masquées** (plaintes somatiques au 1[er] plan) : sujet âgé ++++
- **Trouble dysphorique prémenstruel** : symptômes dépressifs avec une anxiété marquée, une humeur labile, une baisse de l'intérêt retrouvés dans la majorité des cycles menstruels de l'année passée, de survenue régulière lors de la phase lutéale tardive

EVOLUTION

NATURELLE	GUERISON	COMPLICATIONS
Médiane d'un épisode : 8 semaines Moyenne d'un épisode : 16 semaines Facteurs augmentant la durée de l'épisode ou le chronicisant : âge de début précoce, sexe féminin, répétition des accès, sévérité des symptômes, longueur du début, existence d'une comorbidité Persistance des symptômes sous la forme de dysthymie dans 20 à 35% des cas	Présence chez un patient d'une rémission d'une durée d'au moins 4 mois Traitement soit arrêté ou maintenu à visée prophylactique d'un nouvel épisode	Chronicité Douleurs et somatisations diverses Suicide Conduites addictives Altération du fonctionnement social et professionnel ; du rôle parental et accroissement des troubles de l'adaptation et de la psychopathologie chez les enfants de déprimés

REMISSION	RECHUTE	RECURRENCE	CHRONICITE	RESISTANCE
95% des cas après le 1er épisode rémission partielle : période de temps pendant laquelle est observée une amélioration de la symptomatologie suffisante Symptômes discrets mais nets	Réapparition des symptômes au cours de la période de rémission mais avant la guérison Probabilité de rechute plus marquée dans les 4 à 6 mois suivant l'épisode	Caractéristique de l'évolution de l'épisode dépressif majeur Apparition d'un nouvel épisode chez un patient préalablement considéré comme guéri Risque de récidive après un épisode dépressif : 50% à 2 ans et 90% à 10 ans	Prévalence des symptômes chroniques dans les dépressions majeures est de 12 % Dans 5% des cas, pas de rémission à 1 an Groupe hétérogène de patients déprimés marqué par des antécédents de troubles récurrents, des altérations sur le plan social, un cours évolutif atypique, des symptômes persistants	Quand il y a échec de 2 traitements antidépresseurs de famille différente, à doses suffisantes, d'une durée suffisante d'au moins 1 mois, avec une surveillance correcte de l'observance

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1-Hospitalisation si idées suicidaires, absence de soutien social...
(libre ou HDT)

2-Pharmacothérapie

- Antidépresseurs non tricycliques, non IMAO, per os, après bilan préthérapeutique, en 1ère intention actuellement (mieux tolérés). Cependant, l'Anafranil®, clomipramine est le traitement de référence pour les dépressions mélancoliques.
  - La première prescription d'antidépresseurs doit être courte (1 à 2 semaines) afin de revoir le patient rapidement
  - Association possible à des neuroleptiques sédatifs en début de traitement lorsque l'anxiété et/ou les risques suicidaires sont très importants, après introduction de l'antidépresseur (risque élevé dans les dépressions mélancoliques) et le risque de virage maniaque (risque plus élevé chez les patients bipolaires)
  - Les anxiolytiques peuvent être utilisés comme traitement sédatif
  - Délai d'action des antidépresseurs de 15 jours à 3 semaines
  - Durée : 6 mois à partir de la résolution symptomatique en l'absence d'antécédent ou 12 mois si antécédent
  - Informer le patient des effets secondaires et du suivi ambulatoire
- Prévention des récidives : traitement antidépresseur pendant 3 à 5 ans chez des patients ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs en 3 ans ; A VIE si récidives fréquentes et invalidantes
  - En l'absence de récidive, arrêt progressif du traitement antidépresseur après une stabilisation d'une durée cumulée de 3 à 4 cycles dépressifs
- Traitement des dépressions bipolaires : THYMOREGULATEURS +++
- Options thérapeutiques en cas de résistance
  - Réévaluer le diagnostic d'épisode dépressif majeur
  - Recherche de comorbidités psychiques et somatiques (insuffisance thyroïdienne, cancer....)
  - Evaluation de l'observance thérapeutique et de la posologie
  - Changement d'antidépresseur après 4 semaines de traitement voire association de 2 antidépresseurs de classe différente en respectant les contre-indications et interactions médicamenteuses
  - Adjonction de thymorégulateur, d'hormones thyroïdiennes
  - Sismothérapie

3-Psychothérapies

- Psychothérapie cognitive et comportementale ou d'inspiration psychanalytique
- Ou psychothérapies brèves ou psychothérapie interpersonnelle
- Psychothérapie de soutien dans tous les cas

Q 285- TROUBLE BIPOLAIRE

Anciennement dénommée maladie maniaco-dépressive ou psychose maniaco-dépressive

EPIDEMIOLOGIE

Age de début : 15-30 ans/touche autant les hommes que les femmes / Facteurs environnementaux et génétiques (modèle multifactoriel et polygénique à effet de seuil)

TROUBLE BIPOLAIRE	PREVALENCE
Type I	1%
Type II	4 à 6%
Cycles rapides	5 à 15%
Trouble cyclothymique	0.4 à 1%

DIAGNOSTIC

- ***Trouble bipolaire de type I :*** Episode dépressif majeur avec épisode maniaque, épisode maniaque isolé (après avoir éliminé une étiologie organique ou toxique), état mixte
- ***Trouble bipolaire de type II :*** Alternance d'épisodes dépressifs majeurs avec épisodes hypomaniaques (dépressions sévères et risque suicidaire élevé)
- ***Trouble bipolaire de type III :*** Trouble de l'humeur de type maniaque ou hypomaniaque induit par médicaments (antidépresseurs) et en cas d'épisodes dépressifs récurrents avec antécédents familiaux de bipolarité et tempérament hyperthymique
- ***Cycles rapides :*** Au moins 4 épisodes de trouble de l'humeur pendant l'année précédente répondant aux critères d'état dépressif majeur, de manie, d'état mixte ou d'hypomanie

Trouble dépressif saisonnier	• Pic en septembre-octobre • Triade symptomatique constante : hypersomnie, hyperphagie, dysphorie aboulique • Photothérapie +++
Cyclothymie	• Nombreux épisodes avec symptômes hypomaniaques et/ou dépressif pendant au moins deux ans (1 an pour les enfant et adolescents) • Moins de 2 mois sans symptômes • Pas d'épisode dépressif ni d'épisode maniaque ou mixte
Dysthymie	• Etat dépressif modéré de durée supérieure ou égale à 2 ans sans épisode dépressif majeur intercurrent • Des épisodes dépressifs majeurs antérieurs sont possibles, mais doivent être absents durant les 2 mois précédant l'installation du trouble (1 an pour les enfants et les adolescents)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
• Trouble schizo-affectif (ou schizophrénie dysthymique) • Schizophrénie • Pathologies organiques • Abus, dépendance à des substances psychoactives

TRAITEMENT

- Traitement curatif de l'épisode aigu (Cf. QS)
- Traitement prophylactique du trouble bipolaire A VIE :
  - Peut être débuté dès le 1er épisode maniaque typique ou après un 2ème épisode dépressif majeur (en moins de 3 ans) voire 3 épisodes ou s'il existe un antécédent d'épisode maniaque

Thymorégulateur, après bilan préthérapeutique, per os :

- Lithium en 1ère intention dans le trouble bipolaire de type I
- Anticonvulsivants :
  - divalproex, Depakote® : action antimaniaque en monothérapie ou en association avec le lithium dans une stratégie de potentialisation ; indiqué lors des états mixtes, en cas d'intolérance ou de résistance à la lithiothérapie, des cycles rapides, des manies dysphoriques, le traitement symptomatique des manies organiques
  - carbamazepine, Tegretol® : en cas d'efficacité insuffisante ou mauvaise tolérance du lithium, trouble bipolaire II, états mixtes, cycles rapides (ATTENTION AUX INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES)
  - valpromide, Dépamide® : en seconde voire troisième intention dans le trouble bipolaire de type I

Antipsychotiques atypiques : Zyprexa®, Olanzapine (effets secondaires à long terme +++) lorsque la molécule a été active dans l'épisode aigu

Antidépresseurs associés aux thymorégulateurs au long cours lorsque dépressions récurrentes (> à 2 épisodes) en l'absence d'épisodes maniaques

Sismothérapie d'entretien chez les patients résistants au traitement prophylactique, faisant des rechutes fréquentes, ayant répondu favorablement à une première cure

Psychothérapie

- Approche psycho-éducative (patients et famille) - soutien
- Cognitive et comportementale ou d'inspiration analytique

Q 44 & 189- IDEES, CONDUITES, RISQUES SUICIDAIRES CHEZ L'ADOLESCENT ET CHEZ L'ADULTE

Conférence de consensus : www.has-sante.fr

Toujours penser à interroger le patient sur ses idéations suicidaires

Ne jamais les banaliser ni les dramatiser

Rechercher un projet suicidaire

Consigner dans le dossier médical le fait de les avoir recherchées

RISQUE SUICIDAIRE		
-Caractéristiques psychologiques des sujets à risque - Sujet âgé ou adolescent - Célibataire - Sexe masculin - Veuf - Mauvaise adaptation socio-familiale - Isolement affectif - Chômage, travail manuel - Antécédents personnels, familiaux de tentative de suicide, de pathologie psychiatrique à risque - Immaturité affective	**-Caractéristiques des idées suicidaires** - Facteur déclenchant - Difficultés affectives - Deuil, séparation - Difficultés scolaires, professionnelles - Intensité des idées suicidaires - Réaction du sujet face à ses idées - Fréquence d'apparition - Projet suicidaire - Retentissement socioprofessionnel et/ou affectif	**-Pathologies organiques :** - tumeurs - douleurs chroniques - maladies chroniques invalidantes - affection dégénérative **-Pathologies psychiatriques et addictologiques :** - trouble anxieux - trouble de l'humeur - personnalité antisociale, borderline - conduites addictives - schizophrénie - délires chroniques non schizophréniques

CONDUITE A TENIR		
-Evaluer Arguments biographiques et cliniques : Souffrance (douleur morale+++) Utilisation possible de moyens létaux (fusil, armes blanches...) Intentionnalité Conduite à risque suicidaire Impulsivité Dépression Evénement précipitant Rupture de soins Antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide, psychiatriques, addictologiques et somatiques Soutien de la famille et de l'entourage	**-Hospitaliser :** Evite le passage à l'acte **Si risque suicidaire authentique** Si pathologie psychiatrique grave Permet une résolution de la crise en milieu protégé Relation d'aide et de confiance avec les soignants Mise en route d'un traitement adapté Surveillance	**-Suivi ambulatoire :** Si entourage de bonne qualité Si ambiance dédramatisée Elaborer et verbaliser la situation de crise (adolescent +++) Lutte contre l'isolement social et affectif (sujet âgé+++)

Q 177- ANTIDEPRESSEURS

INDICATIONS

PSYCHIATRIQUES	NEUROLOGIQUES
• Episode dépressif majeur • Dépression avec caractéristiques mélancoliques • Dépression masquée (forme anhédonique +++) • Dépressions post-psychotiques • Dépressions atypiques • Prévention de la rechute • Prévention des récidives • Trouble anxieux (TOC, trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble anxieux généralisé, phobie sociale) • Enurésie (Anafranil®)	• Céphalées : migraine, algie vasculaire de la face, névralgie du trijumeau (V) • Douleurs neuropathiques • Douleurs chroniques • Algies post-zosteriennes

BILAN PRETHERAPEUTIQUE

- Evaluer la symptomatologie dépressive et le risque suicidaire
- Rechercher des antécédents personnels ou familiaux de trouble dépressif unipolaire et de trouble bipolaire
- Eliminer les contre-indications spécifiques de chaque classe d'antidépresseurs
- Rechercher et traiter des affections somatiques
- Rechercher les comorbidités psychiatriques et les conduites addictives.

EFFETS SECONDAIRES DES ANTIDEPRESSEURS

Ils sont, pour la plupart, de survenue précoce en début de traitement ou après augmentation de la posologie, dose dépendants, transitoires.

INHIBITEURS SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE (ISRS)	TRICYCLIQUES	AUTRES
Exemples : *Prozac®, fluoxetine ;* *Deroxat®, paroxetine ;* *Zoloft®, sertraline,* *Seroplex®, escitalopram* - Céphalées, tremblements - Nausées, vomissements, gastralgies - Hépatite cytolytique ou cholestatique - Perte de poids - Trouble de la libido - Syndrome sérotoninergique	***Exemples*** : *Anafranil®, clomipramine ;* *Laroxyl®, amitriptyline ;* *Tofranil®, imipramine* **Anticholinergiques** : sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, dysurie, trouble de l'accommodation, mydriase **Cardio-vasculaires** : hypotension orthostatique, tachycardie, trouble du rythme et de la conduction auriculo-ventriculaire **Psychiques** : excitation, levée d'inhibition, risque suicidaire, délire, insomnies, cauchemars, prise de poids avec le Laroxyl® **Neurologiques** : sédation pour certains antidépresseurs, troubles mnésiques, dysarthrie, syndrome confusionnel, tremblements, polynévrite, névrite optique rétrobulbaire possible en cas de traitement prolongé Trouble de la libido Thrombopénie, hyperéosinophilie (rares) Glossite, stomatite en cas de traitements prolongés	***Exemples*** : *Effexor®, venlafaxine (IRSNA) ;* *Ixel ®, milnacipran (IRSNA) ;* *Stablon®, tianeptine ;* *Athymil®, mianserine ;* *Norset®, mirtazapine ;* Effets secondaires proches de ceux des ISRS I.M.A.O non sélectifs Dépendance psychique, hypertension artérielle, syndrome sérotoninergique, hépatite cytolytique

CONTRE-INDICATIONS

TRICYCLIQUES	ISRS - IRSNA	IMAO NON SELECTIFS	IMAO SELECTIFS ET REVERSIBLES
Absolues : -Glaucome aigu à angle fermé -Antécédent de rétention aiguë d'urines -Cardiopathies non stabilisées -Infarctus du myocarde récent -insuffisance cardiaque décompensée -Association avec IMAO non sélectifs **Relatives :** -Epilepsie -Insuffisance hépatique, rénale -1er trimestre de grossesse -Hypertrophie bénigne de la prostate (avis urologique+++)	**Absolues :** -Association avec IMAO non sélectifs **Relatives :** -Association avec des anti-coagulants oraux, certains béta-bloquants -Adapter les posologies avec le lithium et le Tegretol -Association avec les IMAO sélectifs et réversibles	**Absolues :** -HTA -Phéochromo-cytome -AVC -ATCD chez patient polyartériel **Relatives :** -Grossesse, allaitement -Alimentation riche en tyramine et en tryptophane -Association aux morphiniques, anesthésiques généraux, tricycliques, LDOPA, Sympathomi-métiques, vasocons-tricteurs locaux, amphétamines	**Absolues :** -Association avec IMAO non réversibles, Sumatriptan -Etats maniaque et délirant -Age inférieur à 15 ans **Relatives :** -Association avec sympathomi-métiques, morphiniques, ISRS -Grossesse, allaitement

MODALITES D'ARRET DU TRAITEMENT (AFSAAPS 2006)

- Diminuer progressivement les posologies pour éviter la survenue d'un syndrome de sevrage et l'augmentation de la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes ayant nécessité la mise en place du traitement
- Traitement de durée inférieure à 1 an : arrêt en quelques semaines, en diminuant toutes les semaines la posologie journalière ; traitement de durée supérieure à 1 an : arrêt en quelques mois, en diminuant tous les mois la posologie journalière.

Syndrome de sevrage

- Apparition dans les jours suivant l'arrêt du traitement et durant moins d'une semaine en moyenne.
- Les symptômes les plus habituels sont une anxiété, une irritabilité, une tension nerveuse, des cauchemars et autres troubles du sommeil, des sensations vertigineuses, un syndrome pseudo-grippal
- CAT :
  - rassurer le patient sur le caractère transitoire de ses symptômes,
  - réinstaurer temporairement, si nécessaire, la posologie antérieure d'antidépresseur,
  - puis assurer un sevrage du traitement encore plus progressif

- Il est recommandé de revoir le patient à distance de la rémission complète.

Q 177- THYMOREGULATEURS

INDICATIONS DES SELS DE LITHIUM (Téralithe®, Neurolithium®)

ACTION CURATIVE	ACTION PROPHYLACTIQUE
• Manie euphorique	• Troubles bipolaires de type I • Dépression unipolaire : lors du troisième accès mélancolique sans antécédent ou du deuxième si antécédents affectifs familiaux • Dépression bipolaire • Trouble schizo-affectif

BILAN PRETHERAPEUTIQUE LITHIUM

-Examen clinique complet

-Examens complémentaires :

- Néphrologiques : urée sanguine, créatininémie, ionogramme sanguin et urinaire, culot urinaire, recherche de corps cétoniques dans les urines, clairance de la créatinine
- Cardiologiques : ECG, radiographie du thorax
- Neurologiques : EEG (si existence d'antécédents neurologiques)
- Hématologiques et métaboliques : hémogramme, glycémie, protidémie, cholestérolémie, fer sérique, calcémie, bilan hormonal thyroïdien
- Béta-HCG plasmatiques

-Surveillance de la lithiémie tous les 3 mois et lors d'un doute sur un surdosage médicamenteux

- Lithiémie (forme classique) 12 heures après la dernière prise : 0,5-0,8 mEq/l
- Lithiémie (forme à libération prolongée) 12 heures après la dernière prise : 0,8-1,2 mEq/l

-Surveillance annuelle : créatininémie, clairance de la créatinine, TSH

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : PRUDENCE
• Diurétiques • Corticoïdes • AINS • Médicaments néphrotoxiques • Insuline • Sulfamide hypoglycémiant

CONTRE INDICATIONS

ABSOLUES	RELATIVES
• Insuffisance rénale, cardiaque • Hyponatrémie, régime désodé • Observance thérapeutique douteuse	• Hypothyroïdie • Insuffisance cardiaque, rénale modérée • Etat prédémentiel • Grossesse avec risque de malformation durant le 1er trimestre (avis spécialisé à demander) • Séquelles d'AVC • Dysfonctionnement métabolique (glucides, lipides)

EFFETS SECONDAIRES

- Tremblements fins et intentionnels des extrémités (prescription de bêtabloquants)
- Prise de poids (régime diététique sans restriction sodée, ni prescription de diurétiques)
- Syndrome polyuro-polydipsique (s'atténuant en quelques semaines)
- Troubles digestifs : diarrhée, vomissements, gastralgies
- Goitre euthyroïdien ou hypothyroïdien
- Syndrome de neutralité affective
- Vertiges
- Anomalies biologiques (PTH)

-Surdosage ou intoxication aiguë (favorisée par les associations médicamenteuses) :

- Diarrhée avec risque de déshydratation, vertiges, vomissements, dysarthrie, céphalées, tremblements, asthénie, possibilité d'installation progressive d'une somnolence et d'un syndrome akinéto-hypertonique
- A un stade avancé: syndrome confusionnel, crises convulsives, coma vigil avec hyperexcitabilité neuromusculaire
- Confirmation diagnostique : dosage de la lithémie en urgence
- Prise en charge thérapeutique : transfert en réanimation, arrêt du traitement, diurèse osmotique alcaline ou hémodialyse dans les cas graves

AUTRES THYMOREGULATEURS ANTICONVULSIVANTS

Plus grande facilité d'utilisation et effets secondaires moindres
Alternative intéressante en cas de contre-indication absolue au lithium, d'intolérance ou de résistance au lithium, ou de complications dues au lithium

INDICATIONS
Troubles bipolaires type II
Etat mixte ou manie dysphorique
Cycles rapides
Cyclothymie

CARBAMAZEPINE, TEGRETOL®	DIVALPROATE DE SODIUM, DEPAKOTE®
1. Indications : • Epilepsie • Curatif et préventif du trouble bipolaire, manie dysphorique, états mixtes, cycle rapide • Douleurs : névralgie, douleur de désafférentation... **2. Bilan pré-thérapeutique :** • Bilan hépatique • Hémogramme • ECG • Précaution d'emploi : sujet âgé, conducteurs de machines, insuffisance cardiaque, hépatique, rénale, glaucome à angle fermé, adénome de la prostate, grossesse **3. Effets secondaires :** somnolence, vertige, diplopie, bouche sèche, nausées, arrêt immédiat si neutropénie, thrombopénie, agranulocytose, aplasie médullaire,	**1. Indications :** • Traitement curatif des épisodes maniaques chez l'adulte et préventif du trouble bipolaire **2. Bilan pré-thérapeutique** • bilan hépatique avant, pendant et en fin de traitement • Hémogramme

troubles de la conduction, éruption cutanée, hépatite, embolie Attention aux interactions médicamenteuses	

ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

Zyprexa®, olanzapine : action curative et prophylactique dans le trouble bipolaire
Risperdal®, risperidone : action sur les épisodes maniaques

Q 191- CRISE D'ANGOISSE AIGUE ET ATTAQUE DE PANIQUE

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Début brutal
Sans facteur déclenchant apparent (imprévisible)
Rapidement progressif
Atteignant son maximum en moins de 10 minutes
Tableau clinique dominé par différentes manifestations

Subjectives	Comportementales	Somatiques
Impression de malaise intense, de catastrophe imminente. Peur de mourir, de devenir fou, d'avoir une maladie grave, de perdre le contrôle, de commettre des actes incongrus, de ne pouvoir être secouru Sentiment de dépersonnalisation et/ou déréalisation	Agitation Ou Inhibition motrice Souvent associée à un évitement ou une fuite du lieu anxiogène	1. Cardio-vasculaires 2. Respiratoires 3. Digestives 4. Neurologiques (sensitives et/ou motrices) 5. Neurovégétatives 6. Génito-urinaires

Durée courte de la crise
Diminution progressive de l'intensité des symptômes

ETIOLOGIES	
Psychiatriques/addictologiques	**Médicales/chirurgicales**
• Trouble de l'humeur (dépression, trouble bipolaire) • Troubles anxieux (Trouble panique avec ou sans agoraphobie) • Abus, dépendance à des substances psychoactives • Délires chroniques schizophréniques et non schizophréniques	• **Confusion mentale** • **Hypoglycémie** • **Embolie pulmonaire** • **Phéochromocytome** • Abdomen chirurgical • AVC • Hyperthyroïdie • Syndrome coronarien

THERAPEUTIQUE

- Eliminer une étiologie organique aiguë en premier lieu (items en GRAS)
- Evaluer un trouble organique associé
- Isolement au calme, rassurer le patient, climat empathique, techniques de relaxation

-***Médicaments*** : benzodiazépines per os

Les neuroleptiques sédatifs ne sont pas indiquées dans l'attaque de panique mais en cas de résistance aux benzodiazépines ou en cas d'anxiété durable et chronique

-***Hospitalisation si*** :

- Urgence médicale
- Urgence chirurgicale
- Urgence psychiatrique
- Raptus anxieux

Repérage de troubles psychopathologiques avec évaluation de la personnalité

Prévention des récidives

Q 41- TROUBLES ANXIEUX ET TROUBLE DE L'ADAPTATION

TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (Névrose d'angoisse)

-Données épidémiologiques

- Prévalence : 1 à 2 %
- Touche surtout les femmes

-Diagnostic

- Age de début : autour de 25 ans
- Trouble panique : répétition des attaques de panique (« 4 en 4 semaines pour retenir »), le plus souvent spontanées et imprévisibles mais pouvant être situationnelles, associée à une anxiété anticipatoire inter critique (peur d'une nouvelle crise), pouvant être associé ou non à une agoraphobie

-Diagnostic différentiel

- Pathologies somatiques : cardiovasculaires, pulmonaires, neurologiques, endocriniennes....
- Pathologies addictives
- Pathologies psychiatriques : dépression, schizophrénie, syndrome de dépersonnalisation, autres troubles anxieux

-Evolution

- Le plus souvent chronique
- Rémission dans 30 à 40% des cas
- Evitement phobique, TOC, modification du comportement social, syndrome dépressif, risque suicidaire, conduites addictives

-Traitement

Rechercher une étiologie organique aiguë et/ou un trouble organique associés

Traitement pharmacologique :

- Antidépresseurs, après bilan pré-thérapeutique, en débutant à faible posologie pour atteindre des posologies de :
  - Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : paroxetine, Deroxat® (20 mg/j) ; escitalopram, Seroplex® (10 mg/j)
  - Tricycliques : clomipramine, Anafranil® (150 mg/j)
- Benzodiazépines : traitement des attaques de panique ou du trouble panique, cependant il existe un risque de dépendance

Durée : 6 à 12 mois pour le traitement antidépresseur

Psychothérapie de soutien et thérapie cognitive et comportementale

TROUBLE ANXIETE GENERALISEE (Névrose d'angoisse)

-Données épidémiologiques

- Prévalence : 5 - 10%
- Sex-ratio H/F : 2/1

-Diagnostic

- Symptômes durant plus de 6 mois
- Anxiété, tension motrice avec sueurs, palpitations, symptômes gastro-intestinaux, tension musculaire, cognitions touchées
- Préoccupations difficilement contrôlables par le sujet
- Anxiété excessive survenant la plupart du temps avec une appréhension continue concernant différents aspects de la vie du sujet, s'associant à une agitation, une irritabilité, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration

-Diagnostic différentiel

- Troubles de l'adaptation
- Troubles de la personnalité
- Hypocondrie
- Pathologies somatiques

-Evolution

- Chronique
- Trouble panique dans 25% des cas
- Trouble de l'humeur
- Abus/dépendance à une substance psychoactive

-Traitement

Pharmacothérapie :

- Benzodiazépines : peuvent être utilisées seules sur une période de temps limitée
- Antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlaflaxine, Effexor®) ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (paroxetine, Deroxat® 20 mg ; escitalopram, Seroplex® 10 mg/j) après bilan préthérapeutique.
- Buspirone, Buspar®

Psychothérapie de soutien et thérapie cognitive et comportementale

ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE (Névrose traumatique)
-Diagnostic • Facteurs de risque : sexe féminin, antécédents psychiatriques (troubles anxieux, dépression +++), conduites addictives, bas niveau socio-économique • Apparaît un mois ou de manière retardée après la situation de stress aigu • **Syndrome de répétition** : cauchemars, souvenirs répétitifs envahissant, impressions de revivre l'événement (flash-back), associés à une réaction affective importante du sujet. • **Evitement** persistant du sujet aux stimuli associés au traumatisme • **Manifestations neurovégétatives**, trouble du sommeil, irritabilité, troubles cognitifs…
-Evolution • Guérison (30% des cas) • Rémission partielle (60% des cas) • Stabilisation ou aggravation des troubles (10% des cas) • Comorbidités anxieuses, thymiques (dépression, risque suicidaire) • Conduites addictives • Conséquences socioprofessionnelles
-Traitement • Interventions psychologiques précoces auprès des victimes • Soutien psychologique, thérapie cognitivo-comportementale • Alternatives : hypnose, thérapie brève • Traitement psychotrope antidépresseur de type ISRS • Benzodiazépines à utiliser avec précaution

TROUBLE DE L'ADAPTATION

-Diagnostic

- Survenue à tout âge (adolescents +++)
- Facteurs stressants chez les adolescents : problèmes scolaires, rejet, divorce des parents et abus de substances psychoactives
- Facteurs stressants chez l'adulte : problèmes conjugaux, divorce, déménagement, licenciement, problèmes financiers
- Ce trouble accompagne souvent certaines étapes de la vie

-Troubles de l'adaptation (DSM-IV-TR) :

- Avec humeur dépressive : tristesse, pleurs, sentiment de désespoir
- Avec anxiété : nervosité, inquiétude ou agitation et chez les enfants, la peur de se séparer des personnes auxquelles ils sont attachés
- Mixte
- Avec perturbation des conduites : violation des droits d'autrui, des règles de la vie sociale
- Avec perturbation à la fois des émotions et des conduites

-Evolution

- Pronostic favorable, si prise en charge adaptée, avec retour à l'état antérieur le plus souvent dans les 3 mois
- Possible évolution vers un trouble de l'humeur ou un trouble lié à une substance

-Traitement

- Thérapie brève
- Psychothérapie de groupe dans les cas ou plusieurs personnes ont été confrontées au même facteur de stress
- Chimiothérapie psychotrope pour une durée limitée, en fonction des symptômes prédominants
- Les antidépresseurs ne sont pas indiqués dans le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

Q 41- TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (névrose obsessionnelle)

EPIDEMIOLOGIE

- Prévalence : 2 à 4% de la population générale
- Touche autant les hommes que les femmes
- Age de début : surtout avant 25 ans
- Facteurs favorisants : chômage, dépendance financière, séparation conjugale...

CLINIQUE

- ***Obsessions*** : pensées, impulsions ou représentations récurrentes, persistantes, reconnues comme absurdes et pathologiques (egodystonie)
- Efforts pour les ignorer ou les réprimer ou pour les neutraliser
- 3 types d'obsessions : idéatives, phobiques, impulsives

Et/Ou

- ***Compulsions*** : Comportements répétitifs (se laver les mains, ordonner, vérifier.....) ou actes mentaux (compter, prier, répéter des mots silencieusement....) en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquée de manière inflexible - Destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutée

- Sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit excessifs
- A un moment donné du trouble, reconnaissance que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées (ceci ne s'applique pas aux enfants)
- Obsessions ou compulsions à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour) ou interférant de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel ou scolaire ou social
- Le trouble n'est pas dû à un abus de substance ni à une affection médicale générale

La majorité des enfants présentent des obsessions et compulsions multiples ; les compulsions pures sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte

-Diagnostic différentiel :

- Conduites addictives (boulimie, alcool, sexe, jeu pathologique)
- Schizophrénie
- Dépression
- Troubles phobiques, autres troubles anxieux
- Pathologies somatiques

-Comorbidités

- Episode dépressif majeur (caractérisé)
- Trouble de la personnalité
- Trouble panique
- Tics
- Syndrome de Gilles de la Tourette
- Boulimie
- Mouvements anormaux
- Schizophrénie (rituels de comptage ; forme indifférenciée avec les symptômes négatifs ; forte consommation d'anxiolytiques)

PRONOSTIC

- Evolution chronique dans un tiers des cas
- Aggravation périodique
- Rares cas de rémission
- Rechutes possibles à l'arrêt du traitement

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

-Traitement médicamenteux antidépresseur après bilan pré-thérapeutique, (fortes posologies à atteindre) :

- ISRS (adulte) : fluoxetine, Prozac® 20 à 60 mg/j ; paroxetine, Deroxat® 20 à 60 mg/j
- ISRS (adulte, enfant à partir de 6 ans) : sertraline, Zoloft® : 25mg/j chez l'enfant ; 50 mg/j chez l'adulte
- Tricycliques (enfant, adulte) en deuxième intention : clomipramine, anafranil® 150 à 200mg/j
- IMAO irréversibles en troisième intention dans les cas de résistance aux antidépresseurs séro-toninergiques, aux cas associés à des attaques de panique, des conduites d'évitement sévères ou des dépressions atypiques
- Attendre 4 à 12 semaines avant de juger de l'efficacité du traitement
- Durée du traitement : 12 à 24 mois, une fois le TOC stabilisé avec diminution progressive de la posologie

-Différents types de psychothérapies :

- Psychothérapie de soutien
- Thérapie cognitive et comportementale
- Thérapie d'inspiration psychanalytique
- Thérapies brèves
- Thérapie familiale en association à l'une de ces thérapies

Q 41- TROUBLE PHOBIQUE
(Névrose phobique)

EPIDEMIOLOGIE		
Phobie sociale	**Agoraphobie**	**Phobie simple**
Terrain : célibataire le plus souvent, niveau socioculturel élevé Age de début : 15-30 ans 8-10% de la population	66% des femmes âgées de 18 à 35 ans 6% de la population	Age de début : avant 7 ans -10 ans Prévalence : 10% de la population Sex ratio H/F : 1 pendant l'enfance ; < à 1 pendant l'adolescence

CLINIQUE		
Phobie sociale (anxiété sociale pathologique)	**Agoraphobie**	**Phobie spécifique ou simple**
- Peur de se retrouver dans une situation où le patient se trouve exposé à l 'attention particulière d'un tiers et la peur d'agir de façon humiliante ou embarrassante - Peur en public de parler, d'écrire, de rougir (éreutophobie), de répondre à des questions, de trembler… - Anxiété lors de l'exposition à la situation pouvant conduire à une attaque de panique - Conscience du caractère morbide du trouble - Evitement des situations ou vécu avec anxiété intense - Evolution : rémissions rares, complications identiques à celles de l'agoraphobie, handicap social plus important	- Antécédents dans l'enfance : anxiété de séparation, terreurs nocturnes, phobie scolaire - Nombreux facteurs déclenchants - Phobies au départ du domicile, dans la rue, les lieux publics, les centres commerciaux, les transports communs - Attaques de panique possibles lors de l'exposition à la situation phobogène pouvant aller jusqu'au trouble panique. - Conscience du caractère morbide du trouble - Conduites contraphobiques - Comorbidités psychiatriques : épisodes dépressifs majeurs, autres troubles anxieux - Intensité variable du trouble - Evolution du trouble : rémissions, attaques de panique voire trouble panique, dépression, tentatives de suicide, conduites addictives, isolement socioprofessionnel	- Peur isolée d'une seule situation ou d'un seul objet spécifique - Touche le sang, les actes médicaux, les animaux, les hauteurs… - Phobies simples les plus fréquentes touchent les animaux, le sang et les soins odontologiques - Anxiété lors de l'exposition à la situation ou à l'objet - Conscience du caractère morbide du trouble - Evitement de la situation ou de l'objet - Phobies simples : processus normal de maturation au cours de l'enfance et disparition souvent après l'adolescence.
-Diagnostic différentiel • Etiologie organique • Autres troubles anxieux • Episode dépressif majeur • Schizophrénie, délire hypochondriaque		

TRAITEMENT

Suivi ambulatoire le plus souvent
Hospitalisation si complications

-***Phobie sociale généralisée*** : antidépresseurs ISRS en première intention, après bilan pré-thérapeutique
-***Phobie sociale généralisée*** : béta-bloquants non cardiosélectifs

-**Agoraphobie avec trouble panique** : benzodiazépines, antidépresseurs après bilan pré-thérapeutique

-***Phobie simple*** : Les antidépresseurs ne sont pas indiqués.

-***Psychothérapie de soutien***

-***Thérapie cognitive et comportementale (TCC)*** : relaxation, désensibilisation (exposition progressive à l'objet ou à la situation *in vivo* ou en imaginaire avec prévention de la réponse), techniques d'affirmation de soi, restructuration cognitive

-***Thérapie analytique ou d'inspiration psychanalytique*** : peut succéder à une TCC dans les formes graves

Q 41- CONVERSION ET AUTRES MANIFESTATIONS HYSTERIQUES
(Névrose hystérique)

CLINIQUE

-**Caractéristiques cliniques communes :**

- Prend le masque de n'importe quelle pathologie psychiatrique ou somatique
- Variabilité évolutive du symptôme
- Réversibilité du symptôme
- Absence de tout support organique
- Absence de simulation
- Classique « belle indifférence » aux troubles (De Clérambault)
- Bénéfices secondaires (mobilisation de l'entourage, bénéfices sociaux)

- Touche surtout les femmes, mais plus forme grave chez les hommes
- Manifestations motrices, psychiques
- Personnalité histrionique ou passive dépendante (Cf. QS)
- Troubles de la sexualité (frigidité, refoulement de la sexualité, dyspareunies, dysménorrhées, impuissance, éjaculation précoce)
- Relation particulière aux soins, aux soignants
- Bilan somatique normal

CONVERSION HYSTERIQUE (mécanisme de défense : refoulement)	
Manifestations aiguës	**Manifestations « chroniques »**
• Agitation psychomotrice • Syncopes • Lipothymie • Crises pseudo convulsives (en présence d'un tiers) avec mouvements bizarres, absence de perte de connaissance, de confusion post-critique • Mouvements anormaux • Tremblements	***-Motrices :*** • Paralysies fonctionnelles (examen neurologique normal +++) • Paralysies localisées d'un membre non systématisées • Hémiplégies ou paraplégies • Contractures musculaires localisées ou généralisées ***-Sensitives :*** • Anesthésies isolées ou associées aux différentes formes de paralysies • Hyperesthésies • Algies diverses d'expression théâtrale, continues, ne perturbant pas le sommeil, résistante à tout traitement ***-Sensorielles :*** • Diplopie, scotome, cécité • Anosmie • Surdité ***-Neurovégétatives :*** • Spasmes pharyngés, vomissements, tympanisme abdominal, vaginisme....

SYMPTOMES D'EXPRESSION PSYCHIQUE
-Troubles mnésiques • Amnésies lacunaires ou sélectives • De survenue fréquente après une situation de conflit • Parfois accompagnés d'un sentiment de dépersonnalisation • Possible fugue amnésique
-Troubles de la conscience • Etat crépusculaire : méconnaissance de la réalité dans un état de dépersonnalisation voire de déréalisation • Etats somnambuliques : le sujet agit selon une scène imaginaire ou reconstruite à partir d'un événement traumatique • Etats seconds, transe
• Dépression : ensemble du cortège symptomatique thymique sans l'expression somatique • Délires : symptomatologie onirique +++ • Pseudo démence : symptomatologie contradictoire et atypique
-Troubles dissociatifs • Clivage entre la personnalité et l'altération transitoire ou durable de l'état de conscience • Différence avec la dissociation schizophrénique

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
Pathologies organiques : SEP, épilepsie temporale, hypoglycémie
Pathologies psychiatriques : BDA, dépression, schizophrénie
Hypocondrie
Simulation

PRONOSTIC

- Dépend de facteurs environnementaux
- Durée des symptômes de conversion : quelques mois à quelques années voire plus
- Bénéfices secondaires, complicité et tolérance de l'entourage contribuent au maintien des symptômes

-Complications :
- Extension du symptôme
- Chronicité de la pathologie
- Apparition de symptômes anxieux, phobiques, obsessionnels
- Episode dépressif majeur avec tentatives de suicide après rupture sentimentale par exemple
- Conduites addictives

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- Eliminer une étiologie organique
- Bilan clinique et paraclinique complet
- Ne pas induire, ni renforcer les symptômes
- Dévaloriser la pathologie, valoriser la guérison et les différents investissements
- Isoler la patiente de son entourage, informer la famille sur cette maladie
- Limiter les bénéfices secondaires
- Eviter les hospitalisations (sauf dans les formes graves), les prescriptions médicamenteuses inutiles
- Traitement psychotrope quand décompensation d'une autre pathologie psychiatrique
- Différents types de psychothérapies : analytique ou d'inspiration analytique ; thérapie familiale, +/- hypnose

Q 177- ANXIOLYTIQUES

INDICATIONS DES BENZODIAZEPINES (BZD)
12 semaines de prescription au maximum pour l'anxiété, 4 semaines pour l'insomnie

-Psychiatriques :
- Troubles anxieux : anxiété généralisée, attaques de panique, trouble panique (associés aux antidépresseurs), anxiété phobique (associés aux antidépresseurs), troubles obsessionnels compulsifs (associés aux antidépresseurs), troubles de l'adaptation
- Dépression (traitement en cas de manifestations anxieuses associées, en début de traitement)
- Anxiété ou agitation dans les délires chroniques schizophréniques ou non
- Troubles du sommeil

-Addictologiques :
- Sevrage thérapeutique en alcool
- Sevrage thérapeutique en benzodiazépines

-Organiques :
- Pathologies avec manifestations anxieuses
- Convulsions
- Prémédication opératoire, endoscopie
- Douleurs aiguës ou chroniques (Rivotril® +++)

3 CLASSES DE BENZODIAZEPINES

Exemples de benzodiazépines à demi vie courte (< à 5 heures) ou intermédiaire (5-24 heures) ou longue (> à 24 heures)

DCI	Nom commercial	Demi-vie
Oxazepam	Seresta®	1 - 4 h
Lorazepam	Temesta®	12 h
Diazepam	Valium®	32 h
Clorazepate	Tranxene®	40 h
Prazepam	Lysanxia®	65 h

NB : Le Tranxene 50 mg a été retiré du marché.

CONTRE-INDICATIONS

Myasthénie
Insuffisance hépatique sévère
Insuffisance respiratoire sévère
Syndrome d'apnées du sommeil
Grossesse
Allaitement
Hypersensibilité aux produits

EFFETS SECONDAIRES DES BZD

-**Sédatifs** : somnolence, asthénie (les enfants et les sujets âgés sont plus à risque pour ces effets secondaires)

-**Troubles mnésiques, attentionnels**

-**Phénomène de rebond d'anxiété dans les premiers jours après l'arrêt du traitement**

-**Réactions paradoxales** principalement chez l'enfant et le sujet âgé, favorisées par les associations médicamenteuses et/ou la prise d'alcool

-**Dépendance aux benzodiazépines**

- Survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement, d'apparition +/-rapide selon que la demi-vie du produit est +/-courte.
- Signes de sevrage : peuvent apparaître chez tout patient, survenant habituellement entre 2 et 10 jours après l'arrêt, régressant spontanément en 2 à 4 semaines. Il existe un risque de convulsions (hospitaliser et prescrire BZD de demi-vie longue à arrêter progressivement)

-**Effets latéraux** : tremblements des extrémités, vertiges, ataxie, dysarthrie, troubles sexuels, troubles de l'appétit, de la déglutition, du transit intestinal, réactions allergiques

LES ANXIOLYTIQUES NON-BZD

-Carbamates : méprobamate, Equanil®

- Propriétés anxiolytiques, sédatives, myorelaxantes à fortes doses et peuvent induire une dépendance
- A ne pas prescrire dans le sevrage thérapeutique en alcool
- Métabolisme hépatique, demi-vie de 6 à 16 heures, élimination urinaire
- Risques : létal, somnolence, dépendance, induction enzymatique

-Anti histaminiques : Hydroxyzine, Atarax®

- Effets sédatifs, effets modérés antisérotoninergique, anticholinergique et faible activité antibradykinine.
- Métabolisme hépatique, demi-vie de 6 à 8 heures, élimination urinaire

-Agents 5HT1a : buspirone, Buspar®

- Pas d'effet sédatif, myorelaxant, anti-convulsivant et n'entraîne pas de dépendance.
- Métabolisme hépatique, demi-vie de 2 à 3 heures, élimination urinaire.

-Bétabloquants non cardiosélectifs

- Activité anxiolytique sur les manifestations végétatives et somatiques de l'anxiété (tremblements, sueurs, palpitations, modification du transit intestinal)

-Imidazopyridines : zolpidem, Stilnox® : mécanisme d'action voisin de celui des BZD

-Antidépresseurs : leur action anxiolytique n'est pas immédiate

- Venlafaxine, Effexor® ; fluoxetine, Prozac® ; paroxetine, Deroxat®

Q 184- ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE AGITATION

Toujours évoquer en premier lieu une étiologie ORGANIQUE ou TOXIQUE

CONDUITE A TENIR

- Dédramatiser, isoler, rassurer
- Etre empathique
- Entretien pour retracer l'histoire clinique le plus souvent avec l'entourage
- Appeler le médecin généraliste ou le psychiatre traitant par téléphone
- Antécédents personnels et familiaux médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, addictologiques
- Examen clinique systématique, consigné dans le dossier médical
- Examens complémentaires à prescrire devant un état d'agitation : Bilan biologique standard, ECG, glycémie +++, recherche des toxiques dans le sang et/ou les urines, alcoolémie, éventuellement EEG et scanner cérébral (en fonction de la clinique)

-**Traiter l'état d'agitation** :

- En fonction de l'étiologie (Cf. plus bas)
- Symptomatique :
- Si agitation psychiatrique modérée : benzodiazépines (par exemple : Rivotril® per os ou IM)
- Si agitation psychiatrique importante : neuroleptiques sédatifs (par exemple : loxapine, Loxapac® per os ou IM si refus)
- Si agitation incontrôlable : association d'un neuroleptique sédatif et d'une benzodiazépine (par exemple Loxapac® + Rivotril® voie IM)
- Si syndrome confusionnel : neuroleptiques sédatifs (ex. Tercian® per os ou IM si refus)

-**Orienter le patient** : plusieurs possibilités

- Si étiologie psychiatrique : hospitalisation libre ou sous contrainte (HDT, HO) selon le contexte clinique
- Si étiologie somatique : hospitalisation en service de médecine ou de chirurgie

Décision de sortie sans admission si résolution de l'état d'agitation, si absence de risque de passage à l'acte. Il faudra prévoir un rendez-vous de consultation avec le médecin ou le psychiatre traitant (privé ou CMP)

ETIOLOGIES

- Trouble de la personnalité (antisociale, borderline ...)
- Conversion hystérique : Cf. QS
- Attaque de panique : Cf. QS
- Etat délirant aigu : Cf. QS
- Addictions (abus, dépendance, syndrome de sevrage)
- Episode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques ou mélancolie agitée : Cf. QS
- Episode maniaque : Cf. QS

-Confusion mentale :

- Trouble majeur de l'attention et de la concentration
- Atteintes des perceptions sensorielles (illusions, hallucinations)
- Désorientation temporospatiale
- Incohérence du langage
- Perplexité anxieuse, méfiance
- Fluctuation de l'activité psychomotrice
- Recrudescence nocturne de l'agitation
- Inversion du rythme nycthéméral
- Signes végétatifs : tachycardie, diminution de la tension artérielle, sueurs, déshydratation, oligurie

- **Diagnostics différentiels** : démence, syndrome de Korsakoff, ictus mnésique
- **Principales étiologies :**
  - Toxiques : CO, iatrogène, addiction aux drogues et à l'alcool, syndrome de sevrage
  - Métaboliques : désordres hydroélectrolytiques, hypoglycémie, acidocétose, troubles acido-basiques, hypoxie, hypercapnie, insuffisance rénale, insuffisance hépatique sévère
  - Endocrinopathies : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, insuffisance surrénale aiguë, hypercorticisme, complications aiguës du diabète
  - Carentielles : encéphalopathie de Gayet-Wernicke (vitamines B1), encéphalopathie pellagreuse (Vitamines PP)
  - Infectieuses : méningo-encéphalites bactériennes ou virales, pneumopathies, septicémie, toute cause de fièvre (chez le sujet âgé +++)

- Vasculaires : hématome intracérébral, hémorragie méningée, AVC
- Traumatiques : hématome extra-dural, hématome sous-dural, hématomes intracérébraux, contusions cérébrales
- Processus expansifs intracrâniens : hématome sous-dural chronique, tumeurs, abcès cérébral
- Comitiales : épilepsie, crises convulsives, confusion post-critique
- Psychiatriques : bouffée délirante aiguë, psychose puerpérale, schizophrénie, manie ou mélancolie

Il faut évoquer une étiologie psychiatrique après avoir éliminer une étiologie organique

Q 184- TROUBLE DELIRANT AIGU

DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Terrain : adolescent ou adulte jeune (hommes = femmes)
- Rechercher antécédents psychiatriques et addictologiques
- Facteur déclenchant : événement stressant ou toxique

ANALYSE SEMIOLOGIQUE

- Délire :
- Aigu car inférieur à 6 mois
- Apparition brutale en 24 à 48 heures
- Prodromes possibles : tristesse, excitation, anxiété dans les semaines précédentes, trouble du sommeil
- Mécanismes polymorphes : hallucinations psychosensorielles, automatisme mental avec ou non un syndrome d'influence (hallucinations intrapsychiques), interprétation, imagination, intuition
- Thèmes polymorphes : persécution, mystique, érotique, mégalomaniaque, influence....
- Non systématisé (flou, mal construit)
- Adhésion totale au délire
- Retentissement affectif (labilité thymique, anxiété) ; somatique (insomnie, anorexie, asthénie...)
- Personnalité prémorbide
- Examen clinique somatique complet normal : Eliminer en premier lieu une cause organique
- Examens complémentaires : Cf. Question agitation

Diagnostic différentiel

- Décompensation aiguë d'un délire chronique (schizophrénie paranoïde, délires chroniques non dissociatifs)
- Pharmacopsychose cannabique, cocaïne, amphétamines (sujet jeune+++).....
- Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, confusion mentale

PRONOSTIC

- Favorable dans un tiers des cas avec facteurs de bon pronostic : début brutal, existence d'un facteur déclenchant, personnalité antérieure adaptée, absence d'antécédents familiaux de schizophrénie, existence d'antécédents familiaux de bipolarité, épisode de durée brève, bonne réponse au traitement, critique du délire
- Evolution vers un trouble chronique dans un tiers des cas : schizophrénie ou trouble schizo-affectif (schizophrénie dysthymique)
- Récidives d'accès délirants du même type ou survenue secondaire d'épisodes maniaques (inaugural d'un trouble bipolaire) dans un tiers des cas
- Apparition fréquente d'un syndrome dépressif secondaire à distance de l'épisode délirant (ou psychotique) avec risque suicidaire (dépression post psychotique)

TRAITEMENT

Hospitalisation libre ou à la demande d'un tiers si refus (loi de juin 1990)

- Traitement médicamenteux
  - Bilan pré-thérapeutique (pré neuroleptique) : Examen clinique, ECG, NFS, BHC, kaliémie
  - Sédatif : benzodiazépine (Temesta®, Rivotril®) ou neuroleptique sédatif (Tercian®, Nozinan®, Largactil®, Loxapac®)
  - Antipsychotique atypique (non sédatif, neuroleptiques de nouvelle génération) : amisulpride, Solian® ; risperidone, Risperdal® ; olanzapine, Zyprexa® ; aripiprazole, Abilify®
  - Ou neuroleptique antiproductif : haloperidol, Haldol®
  - Per os ou IM si refus
  - **La voie IV n'existe pas pour les neuroleptiques**
  - Surveillance : résolution du délire, température (risque de syndrome malin), tension artérielle (risque d'hypotension), conscience (risque de syndrome confusionnel), signes extrapyramidaux
  - Durée : 12 à 18 mois surtout en cas de récidive, si premier épisode possibilité de raccourcir la durée

Psychothérapie de soutien

Suivi ambulatoire à planifier

DIAGNOSTIC

1. Hallucinations psychosensorielles

Elles peuvent être simples, élémentaires ou complexes, élaborées et intéresser tous les domaines perceptifs. Elles sont de différents types :

- *Auditives* : sons, plus ou moins, aigus ou intenses, mélodieux, le plus souvent acoustico-verbales. Voix chuchotée, bruyante, proche ou lointaine, connue ou non, isolée ou multiple ; mots, propositions, phrases
- Visuelles : perception de phénomènes élémentaires ou complexes, souvent colorés, de taille variable
- Tactiles : sensation de froid, de chaud, de brûlure, de piqûre, de paresthésies.....
- Olfactives : perception d'une odeur désagréable, nauséabonde ou enivrante
- *Gustatives* : perception d'un goût désagréable et/ou douteux
- *Cénesthésiques* : intéresse la sensibilité profonde, sensations ressenties à l'intérieur du corps, peuvent être généralisées (transformation corporelle, possession diabolique) ou localisées à une partie du corps (digestif, sexuel)
- Kinesthésiques : touche l'appareil phonatoire avec émission imposée au sujet d'un ou plusieurs mots, de propositions, de phrases, à voix basse ou haute.

2. Hallucinations intrapsychiques

Elles comprennent le syndrome d'automatisme mental et le syndrome d'influence

Le syndrome d'automatisme mental comprend :

- le petit automatisme mental avec dévidage muet de souvenirs, arrêt de la pensée, oublis, intuitions et velléités abstraites
- des phénomènes de dédoublement de la pensée (écho de la lecture, pensée, actes), d'énonciation (des intentions, des gestes), de commentaires de la pensée et des actes
- un triple automatisme moteur, idéique, idéo-verbal (mouvements parasites, dévidement de la pensée, d'énonciation)

4 causes psychiatriques où l'on peut retrouver un automatisme mental :

- Psychose puerpérale
- Psychose hallucinatoire chronique
- Schizophrénie
- Bouffée délirante aiguë

Le syndrome d'influence : sentiment de pensées et de paroles imposées, de possession, d'être dirigé par des forces extérieures (comportements imposés)

3. Autres causes d'hallucinations

-Physiologiques

- Deuil d'une personne
- Phénomènes de privation du sommeil
- Phénomènes hypnagogiques

-Neurologiques

- Syndrome confusionnel
- Désafférentation
- Epilepsie
- Migraine avec aura
- Maladie de Parkinson
- Maladie des corps de Lewy
- Maladie d'Alzheimer
- Atteinte du tronc cérébral
- Narcolepsie

-Addictologiques

- Delirium tremens
- Hallucinose des buveurs
- Pharmacopsychose

Q 278- SCHIZOPHRENIE

Délire chronique avec syndrome dissociatif. Pour évoquer le diagnostic de schizophrène, il faut retrouver un syndrome dissociatif et il faut qu'il y ait au moins 6 mois d'évolution de la maladie

DIAGNOSTIC

Description des formes cliniques de début

1% de la population générale.

Début des troubles entre 15 et 35 ans

Multiples étiologies (génétiques, environnementales, virales...)

BRUTAL	PROGRESSIF
50 à 65% des formes de début ***Attendre au moins 6 mois avec la présence de symptômes continus avant de porter le diagnostic de schizophrénie.*** Bouffée délirante aiguë Syndrome confusionnel Trouble thymique Trouble du comportement Actes médico-légaux	Rechercher une rupture avec état antérieur Affaiblissement physique et psychique, diminution du rendement scolaire Modification de la personnalité et de l'affectivité Trouble du comportement (sexe, aliments, produits psychoactifs) Formes pseudonévrotiques (obsessionnelles, phobiques)

Analyse sémiologique

DISSOCIATION	DELIRE PARANOIDE	REPLI AUTISTIQUE
-Discordance schizophrénique : Ambivalence Bizarrerie Discours hermétique, impénétrable Détachement du réel **-Syndrome dissociatif** : comprend la dissociation psychique (troubles du cours de la pensée avec bizarrerie, barrages, fading, néologismes, verbigérations, néolangage, pensées ralenties, réponses à côté), affective (isolement, athymormie (perte de l'élan vital), anhédonie, indifférence affective, ambivalence, rires immotivés) et comportementale (maniérisme, paramimie, apragmatisme, négativisme, catalepsie).	***-Mécanismes*** : hallucinations psychosensorielles (acoustico-verbales, intrapsychiques, visuelles, olfactives ou cénesthésiques), intrapsychiques (automatisme mental) **-Thèmes** : persécution, d'influence, de toute-puissance, de référence, mystique Non systématisé Adhésion totale au délire (froideur) Participation affective intense	Perte du sens de la réalité Monde intérieur +++ Isolement social +++

FORMES CLINIQUES

PARANOIDE	HEBEPHRENIQUE	HEBOIDOPHRENIE
Forme la plus fréquente **Prédominance du délire paranoïde.** Evolution vers des formes périodiques ou résiduelles sous traitement En l'absence de traitement ou en cas de résistance, évolution vers un appauvrissement du délire, avec apparition du repli autistique -**Diagnostic différentiel** : syndrome confusionnel, délires chroniques non schizophréniques, BDA	2ème forme clinique la plus fréquente Début précoce (15-20 ans), souvent progressif insidieux. **Prédominance de la dissociation** Plus résistant aux traitements. Evolution vers un déficit de plus en plus important -**Diagnostic différentiel** : mélancolie	-Troubles du comportement type antisocial : Aspect stéréotypé inadapté et bizarre des conduites antisociales, délinquance, impulsivité, associé à une froideur affective. -**Diagnostic différentiel** : personnalité antisociale, dépendance aux substances psychoactives

DYSTHYMIQUE (trouble schizo-affectif)	PSEUDO NEVROTIQUE	SIMPLE
Présence d'antécédents familiaux de schizophrénie ou de trouble de l'humeur. Forme périodique associant des épisodes délirants aigus et des troubles de l'humeur Risque suicidaire durant les épisodes dépressifs ou délirants aigus. Entre les épisodes : dissociation discrète Diagnostic différentiel : trouble bipolaire	Symptomatologie phobique, obsessionnelle, hystérique atypique, avec présence de symptômes dissociatifs, d'idées délirantes Diagnostic différentiel : trouble anxieux Evolution périodique avec épisodes comportant des éléments psychotiques.	Personnalité schizoïde prémorbide Pas de délire au premier plan. Pauvreté des relations affectives Tendance au repli autistique. Organisation ritualisée et stéréotypée de la vie. Evolution lentement progressive

Il existe une autre présentation clinique qui est la schizophrénie catatonique : dissociation avec syndrome catatonique (négativisme psychomoteur, catalepsie, hyperkinésies, inertie psychomotrice). C'est une indication d'emblée à la sismothérapie après bilan préAG.

PRONOSTIC

Différents aspects évolutifs

FACTEURS DE BON PRONOSTIC	FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC
• Début tardif • Facteur déclenchant évident • Début aigu • Antécédents de bonne adaptation prémorbide (social, sexuel et professionnel) • Antécédents familiaux de troubles de l'humeur • Symptômes thymiques (dépressifs) • Symptômes positifs (hallucinations, délire) • Bon système de soutien	• Début précoce, insidieux • Absence de facteur déclenchant • Mauvaise adaptation en période prémorbide (social, sexuel ou professionnel) • Comportement autistique • Célibataire, divorcé ou veuf • Antécédents familiaux de schizophrénie • Mauvais système de soutien • Symptômes négatifs (repli) • Absence de rémission au bout de 3 ans • Nombreuses rechutes

TRAITEMENT

-**Hospitalisation** (HL, HDT, HO selon les cas)

-**Traitement médicamenteux**

- Bilan préthérapeutique (pré neuroleptique) : Examen clinique, ECG, NFS, BHC, kaliémie
- Traitement symptomatique sédatif : neuroleptique sédatif (Tercian®, Nozinan®, Largactil®, Loxapac®)
- Traitement de fond par antipsychotique atypique (non sédatif, neuroleptiques de nouvelle génération) : amisulpride, Solian® ; risperidone, Risperdal® ; olanzapine, Zyprexa® ; aripiprazole, Abilify® ou neuroleptique antiproductif : haloperidol, Haldol®
- Per os ou IM si refus
- **La voie IV n'existe pas pour les neuroleptiques**
- Surveillance : résolution du délire, température (risque de syndrome malin), tension artérielle (risque d'hypotension), conscience (risque de syndrome confusionnel), signes extrapyramidaux

-**Clozapine, Leponex®** en cas de schizophrénie sévère et résistante, évoluant depuis au moins 2 ans, sous surveillance hématologique stricte (risque agranulocytose)

-**Sismothérapie, après bilan préAG,** si forme catatonique

-**Psychothérapie** individuelle, familiale, soutien, cognitivo-comportementale, psycho-éducation

-**Association de Malades et de familles de malades (UNAFAM)**

-**Sociothérapie et dispositifs de suivi des patients schizophrènes :**

- Sauvegarde de justice en attente d'une curatelle ou d'une tutelle
- Ergothérapie à l'hôpital de jour (activités +++)
- Structures extra hospitalières : CMP, CATTP, CAT, appartements thérapeutiques
- Visites à domicile de l'équipe de secteur
- Prise en charge sociale (AAH, prise en charge à 100%)

SISMOTHERAPIE OU ELECTROCONVULSIVOTHERAPIE (ECT)

-Indications :

- Dépression : mélancolie délirante, forme résistante, échec de tous les traitements pharmacologiques, prévention des récidives dans les formes compliquées
- Psychose puerpérale
- Manie résistante ou état mixte résistant
- Schizophrénie résistante ou catatonique

-Contre indications :

- ABSOLUES : HTIC
- RELATIVES : en lien avec l'anesthésie générale, hémorragie cérébrales récente, syndrome coronarien récent, tumeur cérébrale, phéochromocytome, décollement de rétine

-Effets secondaires :

- Hyper ou hypotension artérielle (transitoire et immédiat)
- Confusion post critique (transitoire et immédiat)
- Amnésie transitoire (transitoire et immédiat)
- Céphalées (transitoire et immédiat)
- Laryngospasme
- Trauma dentaire
- Luxation
- Défaillance circulatoire
- Etat de Mal épileptique
- Brûlures cutanées liées aux électrodes
- Amnésie antéro ou rétrograde (peut persister)

Q 278- DELIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRENIQUES

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE (PHC)

DIAGNOSTIC

- Femme, célibataire ou veuve, isolée, d'âge supérieur à 35 ans (le plus souvent plus de 45 ans)
- Facteurs déclenchants possibles
- Début brutal ou plus progressif
- Syndrome délirant chronique (Ancienneté des idées délirantes datant de plus de 6 mois)
- Absence de syndrome dissociatif
- Thèmes : persécution, possession par un tiers, grandeur, influence, mégalomanie, érotique
- Mécanismes : hallucinatoires sensoriels +++, hallucinatoires intrapsychiques (automatisme mental avec ou sans syndrome d'influence), interprétatif
- +/- systématisé (en secteur puis en réseau)
- Participation affective anxieuse ou thymique
- Adaptation sociale longtemps conservée avant isolement progressif
- Retentissement somatique possible

-Diagnostic différentiel :

- Bouffée délirante aiguë
- Délires chroniques non schizophréniques
- Schizophrénie
- Pathologies organiques

-Evolution chronique

- Rémission partielle ou totale
- Décompensations délirantes
- Enkystement du délire (éléments délirants persistant à bas bruit)
- Dépression post psychotique (« deuil du délire »)
- Evolution déficitaire

TRAITEMENT

- Hospitalisation libre, voire à la demande d'un tiers selon l'article L-3212.1 ou L-3212.3 si péril imminent (loi de juin 1990). L'HO est rare
- Traitement médicamenteux
  - Bilan pré-thérapeutique (pré neuroleptique) : Examen clinique, ECG, NFS, BHC, kaliémie
  - Sédatif : neuroleptique sédatif (Tercian®, Nozinan®, Largactil®, Loxapac®)
  - Antipsychotique atypique (non sédatif, neuroleptiques de nouvelle génération) : amisulpride, Solian® ; risperidone, Risperdal® ; olanzapine, Zyprexa® ; aripiprazole, Abilify®
  - Ou neuroleptique antiproductif : haloperidol, Haldol®
  - Per os ou IM si refus
  - La **voie IV n'existe pas pour les neuroleptiques**
  - Surveillance : résolution du délire, température (risque de syndrome malin), tension artérielle (risque d'hypotension), conscience (risque de syndrome confusionnel), signes extrapyramidaux
- Relais par neuroleptique d'action prolongée proposé si mauvaise compliance, voie IM uniquement, toutes les 2 à 4 semaines (Haldol Decanoas® ou RisperdalConsta®)
- Psychothérapie de soutien, thérapies cognitives (contrôler et comprendre son délire)
- Suivi ambulatoire

DELIRES PARANOIAQUES

L'HDT est à contre indiquer en raison du risque de passage à l'acte sur le tiers, persécuteur désigné

Délire en secteur : ne touche qu'un domaine de vie du sujet - Délire en réseau : touche tous les domaines de vie du sujet (affectif, psychique, relationnel)

DIAGNOSTIC

Personnalité prémorbide paranoïaque :

- Début à l'âge adulte
- Sexe masculin +++
- Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes:

- le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent
- est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés
- est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui
- discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins
- garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné
- perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère
- met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
- Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale

DELIRE D'INTERPRETATION	DELIRE DE RELATION DES SENSITIFS
Tout ce que le sujet perçoit a une signification rapportée à lui-même	***Survenue du délire chez une personnalité sensitive (orgueil, sens des valeurs, morale, intériorisation douloureuse des échecs de la vie)***
• Personnalité paranoïaque • Délire chronique • Mécanismes interprétatifs • Thèmes : persécution +++, préjudice, référence • Systématisé en réseau • Participation affective : humeur peu exaltée, plaintes, dénonciations, agressivité, tentative de meurtre du persécuteur dans les moments féconds • Evolution émaillée par des moments délirants et dépressifs • Examen somatique normal	• Délire chronique • Apparition progressive dans les suites d'un échec • Mécanismes, thèmes identiques au délire d'interprétation • Systématisé en secteur • Tonalité dépressive • Evolution du délire émaillée par des moments dépressifs • Examen somatique normal

DELIRES PASSIONNELS Point commun : délire en SECTEUR (touche un seul secteur de vie du sujet)		
Délire de jalousie	**Délire érotomaniaque**	**Délire de revendication**
Homme paranoïaque de plus de 35 ans Début insidieux Idée obsédante source d'interprétations multiples Enquête, filature, mise en cause des amis et de la famille, recherche de preuves Mécanismes interprétatifs Thème de jalousie Systématisé en secteur Possible abus d'alcool Evolution émaillée par des moments féconds et d'auto-dépréciation Retentissement sur le plan social	Femme de plus de 35 ans (âgée de 40 à 55 ans), célibataire Objet du délire : niveau social plus élevé 3 stades (De Clérambault) : espoir (cadeaux, lettres, SMS, MMS, emails, push mails), dépit (passage à l'acte hétéro-agressif), rancune (passage à l'acte hétéro-agressif+++) ***Conviction délirante d'être aimée*** Mécanismes interprétatifs Thème érotomaniaque Systématisé en secteur Retentissement sur le plan affectif	Sujet de plus de 35 ans Inventeurs méconnus Filiation Sinistrose Idéalistes passionnés Quérulents processifs Retentissement sur le plan social +++

EVOLUTION

- Décompensation délirante
- Rémission
- Dépression
- Conduites addictives

TRAITEMENT

- Ambulatoire le plus souvent
- Hospitalisation libre ou d'office
- Eviter l'hospitalisation à la demande d'un tiers car peut désigner le tiers comme persécuteur
- Traitement médicamenteux
  - Bilan pré-thérapeutique (pré neuroleptique) : Examen clinique, ECG, NFS, BHC, kaliémie
  - Sédatif : neuroleptique sédatif (Tercian®, Nozinan®, Largactil®, Loxapac®)
  - Antipsychotique atypique (non sédatif, neuroleptiques de nouvelle génération) : amisulpride, Solian® ; risperidone, Risperdal® ; olanzapine, Zyprexa® ; aripiprazole, Abilify®
  - Ou neuroleptique antiproductif : haloperidol, Haldol®
  - Per os ou IM si refus
  - **La voie IV n'existe pas pour les neuroleptiques**
  - Surveillance : résolution du délire, température (risque de syndrome malin), tension artérielle (risque d'hypotension), conscience (risque de syndrome confusionnel), signes extrapyramidaux
  - Relais par neuroleptique d'action prolongée proposé si mauvaise compliance, voie IM uniquement, toutes les 2 à 4 semaines (Haldol Decanoas® ou RisperdalConsta®)
  - Antidépresseurs en cas de décompensation dépressive
- Traitement des comorbidités
  - Psychothérapie de soutien
  - Suivi et compliance thérapeutique difficile

DIAGNOSTIC

Hommes de plus de 35 ans, bonne insertion socioprofessionnelle et affective

Début progressif

-**Etat délirant chronique** :

- Mécanismes : imaginatifs, hallucinations psychosensorielles voire intrapsychiques rares
- Thèmes : fantastiques, cosmiques, mégalomanie, influence, persécution
- Systématisé en secteur
- Participation affective intense
- Pas de syndrome dissociatif
- Examen somatique normal

Paraphrénie confabulante	Paraphrénie fantastique
• Mécanisme imaginatif • Alimentation du délire par la réalité • Idées mégalomaniaques, richesse, filiation royale ou illustre • Fabulation, déjà-vu, illusion	• Thèmes mégalomaniaques, oniriques (monde merveilleux, mythologie), cosmiques (science-fiction) • Mécanisme imaginatif avec hallucinations riches, complexes, auditives, cénesthésiques, automatisme mental parfois • Exaltation de l'humeur

-**Diagnostic différentiel** : cf. PHC, délires paranoïaques

-**Evolution**

- Exacerbation délirante
- Rémissions
- Faible retentissement fonctionnel, social et professionnel

-**Traitement** : aucun le plus souvent (sinon modèle de celui de la PHC)

Q 177- NEUROLEPTIQUES

Les neuroleptiques conventionnels sont antagonistes dopaminergiques D2. Les antipsychotiques atypiques sont antagonistes dopaminergiques D2 - sérotonine (5HT2A) et ont moins d'effets secondaires que les neuroleptiques conventionnels. Les voies d'administration des neuroleptiques sont les voies orale et IM.

BILAN A REALISER AVANT DE PRESCRIRE UN NEUROLEPTIQUE
Examen clinique complet
Hémogramme
Bilan hépatique
Kaliémie (facteur de risque d'allongement du QT)
Electrocardiogramme +++

INDICATIONS

- Etats psychotiques aigus ou chroniques (BDA, pharmacopsychose, psychose puerpérale, PHC, schizophrénie, délires paranoïaques)
- Etats d'agitation ou d'agressivité
- TOC invalidant
- Trouble psychosomatique
- Mouvements anormaux (Chorée de Huntington)/Maladie de Gilles de la Tourette
- Trouble délirant ou hallucinatoire de la maladie de Parkinson
- Algies cancéreuses

CONTRE INDICATIONS

ABSOLUES	RELATIVES
• Hypersensibilité connue aux neuroleptiques • Neuroleptique et famille responsable d'un syndrome malin (les NAP sont également CI formellement en cas de syndrome malin des neuroleptiques)	• Glaucome à angle fermé • Adénome de la prostate • 1er trimestre de grossesse • Epilepsie • Maladie de Parkinson • Myasthénie • Insuffisance rénale, hépatique, cardiaque • Personne âgée, enfant de moins de six ans • Troubles hématologiques • Association avec d'autres neuroleptiques, alcool, IMAO

CLASSES THERAPEUTIQUES LES PLUS UTILISEES

Les antipsychotiques atypiques sont plus utilisés que les neuroleptiques conventionnels comme l'haloperidol en raison d'une meilleure tolérance

	D.C.I	Nom commercial
Phénothiazines	Alimemazine	Theralene® (hypnotique)
	Chlorpromazine	Largactil® (sédatif)
	Cyamemazine	Tercian® (anxiolytique à faible dose, sédatif)
	Levomepromazine	Nozinan® (sedatif)
Butyrophénones	Haldoperidol	Haldol® (antiproductif)
Benzamides	Amisulpride ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE	Solian® (desinhibiteur à faible dose, antipsychotique à forte dose)
Dibenzodiazépines	Clozapine ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE	Leponex® (antipsychotique) A utiliser en dernière intention Risque agranulocytose
Dibenzo-oxazépines	Loxapine	Loxapac® (sédatif)
	Olanzapine ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE	Zyprexa® (antipsychotique)
Benzisoxazoles	Risperidone ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE	Risperdal® (antipsychotique)
Stabilisateur dopaminergique	Aripiprazole ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE	Abilify® (antipsychotique)

NEUROLEPTIQUES D'ACTION PROLONGEE OU FORME RETARD

- Voie d'administration parentérale (IM) exclusivement.
- Prescription toutes les 2 à 4 semaines
- Certitude de l'observance thérapeutique
- MAIS épuisement de l'effet en fin de prise, risque de dystonie aiguë
- Toujours prescrire le neuroleptique équivalent en forme per os avant de passer à la forme retard (fait le plus souvent en milieu hospitalier)
- Adjonction d'un correcteur anticholinergique possible
- En cas d'échec, diminuer les intervalles entre les injections ou changer de neuroleptique per os pour un passage à un autre neuroleptique d'action prolongée
- Exemple :
  - antiproductif : Haldol decanoas® : 50 à 300mg voie IM toutes les 3 semaines
  - antipsychotique atypique : RisperdalConsta® voie IM

EFFETS SECONDAIRES

-**Neurologiques** : • Dystonie aiguë : trismus, protraction de la langue, troubles de la déglutition, mouvements de rotation axiale (correction des effets secondaires : anticholinergique ou benzodiazépines) • Dyskinésies tardives : mouvements anormaux involontaires, choréoathétosiques (pouvant persister malgré l'arrêt des neuroleptiques) : traitement par benzodiazépines • Syndrome parkinsonien des neuroleptiques • Epilepsie • Syndrome confusionnel
-**Psychiatriques** : • Passivité • Indifférence affective • Somnolence • Dépression
-**Toxiques** : • Dépôts pigmentaires rétiniens, cornéens • Diminution du péristaltisme intestinal • Ictère (Largactil®) • Hépatite cytolytique • Troubles du rythme : ***Allongement de l'espace QT lors de l'association de 2 neuroleptiques (kaliémie et ECG+++)*** • Photoallergie • Hyperpigmentation • Leucopénie, agranulocytose (Leponex®)
-**Endocriniens** : • Hyperprolactinémie (correction des effets secondaires : diminution de la posologie ou changement de classe) • Prise de poids (correction des effets secondaires : règles hygiéno-diététiques) • Trouble de la libido

-Neurovégétatifs :

- Hypotension artérielle (correction des effets secondaires : Heptamyl®)
- Sècheresse buccale (correction des effets secondaires : Sulfarlem S25®)
- Glaucome
- Troubles de l'accommodation
- Dysurie
- Constipation (correction des effets secondaires : Lansoyl®, hydratation suffisante, régime alimentaire adapté, exercice physique)

SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES : URGENCE

-Diagnostic clinique :

- ***Hyperthermie supérieure à 39°C***
- ***Déshydratation, sueurs profuses***
- ***Hypotension artérielle, tachycardie***
- ***Rigidité, contractures***
- ***Rhabdomyolyse***
- ***Convulsions possibles***
- ***Trouble de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma***

-Prise en charge thérapeutique :

- ***Arrêt des neuroleptiques***
- ***Transfert en réanimation***
- ***Dosage des CPK***
- ***Réhydratation, prise en charge de l'hyperthermie, autres mesures de réanimation, utilisation de Parlodel®, bromocriptine par exemple***
- ***Benzodiazépines si anxiété, agitation***
- ***Contre-indication A VIE de la classe neuroleptique responsable et des neuroleptiques retard mais pas des autres neuroleptiques***
- ***Attention aux neuroleptiques masqués***
- ***Prévenir le centre de pharmacovigilance***

Q 19- LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST PARTUM

LES TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE

MANIFESTATIONS PSYCHOLOGIQUES	TROUBLES ANXIEUX
• Dysphorie • Irritabilité • Troubles du sommeil • Modifications du comportement alimentaire • Anxiété • Revendications affectives	• Agoraphobie • Aggravation du TOC • Amélioration du trouble panique

DEPRESSION (15% des cas)	DENI	STRESS POST-TRAUMATIQUE POST-OBSTETRICAL
• Durant le 1er trimestre de la grossesse • Facteurs de risque de dépression pendant la grossesse : - Antécédents d'accidents obstétricaux et/ou avortements, personnels de dépression - Situation socio-économique défavorable • Exacerbation des symptômes habituels de la grossesse	• Possibles comorbidités psychiatriques • Ambivalence vis-à-vis de l'enfant à naître • Absence de surveillance obstétricale • Prématurité +++ et autres complications obstétricales • Taux élevé de mortalité périnatale • trouble des interactions mère - enfant	• 2ème geste, 2ème pare • 1er accouchement difficile • Syndrome de stress post-traumatique (Cf. QS)

Le trouble psychotique pendant la grossesse est 5 fois moins moindre que pendant le post-partum. Les dépressions mélancoliques sont rares (durant 2ème moitié de la grossesse)

Pendant la grossesse, il existe de possibles troubles d'allure psychiatrique :

- Chorée gravidique
- Eclampsie
- Epilepsie
- Polynévrite

Les psychotropes autorisés pendant la grossesse :

- Pas de prescription médicamenteuse pendant le 1er trimestre car risque tératogène. Si il y a lieu de le faire, une surveillance obstétricale associée à un suivi spécialisé est nécessaire
- Pendant le 2ème et 3ème trimestre :
  - Neuroleptiques de la classe des phénothiazines (chlorpromazine, Largactil® ou neuroleptiques de la classe des butyrophénones (haloperidol, Haldol®) per os ou IM
- Anxiolytique non BZD : hydroxyzine, Atarax® (per os)
- BZD : oxazepam, Seresta®
- Antidépresseurs imipraminiques (clomipramine par exemple)
- Thymorégulateurs : lithium, Tegretol®, Depakote®, Depamide® sous surveillance médicale
- Antipsychotiques atypiques (olanzapine, Zyprexa®)

LES TROUBLES PSYCHIQUES DU POST PARTUM

MELANCOLIE	MANIE
• Dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement • Tableau clinique de mélancolie délirante (centré sur l'enfant et risque de suicide et/ou d'infanticide)	• Dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement • Agitation et désorganisation avec hallucinations • Labilité thymique importante • Evolution dans 50% des cas vers un état dépressif

POST PARTUM BLUES Ou BABY BLUES 50% des accouchements	DEPRESSION
• Contemporain de la montée laiteuse • Vers J3 ou J5 après la naissance • Durée : 1 à 7 jours • Syndrome dysphorique transitoire (différent d'un syndrome dépressif mais facteur prédictif d'une dépression postnatale) • Aucun traitement médicamenteux • Psychothérapie de soutien	• Survenue entre le 2ème mois et la fin de la 1ère année • Tableau anxio-dépressif avec asthénie, phobie d'impulsion vis-à-vis de l'enfant, absence de plaisir et sentiment d'incapacité à s'occuper de son enfant • Résolution spontanée entre 3 et 6 mois • Récurrences • Trouble des interactions mère-enfant

TROUBLE SCHIZOPHRENIFORME	PSYCHOSE PUERPERALE (PP)
• Durée inférieur à 6 mois, après la 6ème semaine • Tableau clinique de décompensation psychotique évoquant un tableau de schizophrénie dysthymique • Evolution favorable ou mode d'entrée dans une schizophrénie dans une maladie maniaco-dépressive	• Début brutal : 3 à 5 jours après l'accouchement avec pic au 10ème jour • Facteurs de risque : âge supérieur à 30 ans, primiparité, antécédents familiaux psychiatriques, antécédents personnels de BDA ou de PP, complications gynécologiques ou obstétricales, conditions socio-économiques défavorables • Signes précurseurs : insomnie, cauchemars, bizarrerie du comportement, manifestations anxio-dépressives durant les dernières semaines de la grossesse • Tableau clinique d'état délirant (accès psychotique) aigu avec manifestations cliniques polymorphes (Cf. BDA) et thématique essentiellement centrée sur l'enfant. • Risque d'infanticide (CAT : séparation mère-enfant) et/ou de suicide (CAT : hospitalisation de la mère) • Diagnostics différentiels : thrombophlébite cérébrale, rétention placentaire, infections • Evolution favorable dans 80% des cas, récidives dans 20% des cas lors d'une autre grossesse, mode d'entrée dans une pathologie thymique (trouble bipolaire), un trouble dysthymique ou une schizophrénie • Prise en charge : hospitalisation, arrêt de l'allaitement, séparation mère-enfant, neuroleptiques, sismothérapie (alternative thérapeutique), psychothérapie de soutien avec travail sur la relation mère enfant

Q 289- TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Trouble somatique dont la dimension psychologique est prépondérante dans sa survenue et dans son évolution.

CONCEPT COGNITIVOCOMPORTEMENTAL DU TROUBLE PSYCHOSOMATIQUE

ALEXITHYMIE (selon SIFNEOS)

Concept proche de la pensée opératoire

Incapacité à reconnaître et exprimer verbalement ses propres idées
Tendance à recourir à l'action pour résoudre les conflits
Limitation de la vie imaginaire

TYPOLOGIES COMPORTEMENTALES

A	B	C
- Ambition sociale - Peur de l'inactivité - Investissement professionnel - Sentiment de fuite du temps - Vulnérabilité face à l'échec - Intolérance aux conflits, à la frustration.	- Absence des traits du type A	- Sujets patients - Réfléchis - Soumis - Conciliants - Evitement des conflits - Manifestations agressives réprimées

DESCRIPTION CLINIQUE DES PERSONNALITES A RISQUE PSYCHOSOMATIQUE

CORONARIENNE	ASTHMATIQUE
• Type A fréquent • Organisation obsessionnelle de la personnalité • Hypercholestérolémie, augmentation des β-lipoprotéines, hyperlipémie post-prandiale	• Ambitieux • Hypersensible • Besoin de dépendance • Resserrement des liens de dépendance entre le patient et sa famille liés à la maladie • Attachement excessif à la mère non résolu. • Frustration affective • Repli dépressif possible

HYPERTENDUE	ULCEREUSE
• Apparence calme masquant une grande tension émotionnelle intérieure • Partage entre besoin de passivité, de dépendance et désir de maîtrise (apparente), de domination et d'autonomie • Hyperactivité possible • Parfois, déni de la pathologie	• Traits proches des sujets ayant des maladies cardio-vasculaires • Besoin de dépendance et de protection • Moyen de répression : hyperactivité, compétitivité • Moyen de compensation : relations satisfaisantes • Expression sous le mode de la plainte • Attente et dépendance à l'égard des soignants fréquente

EVENEMENTS DE VIE

Il s'agit de l'impact d'événements stressants obligeant à un effort d'adaptation pour retrouver son équilibre antérieur. Il existe 2 types d'événements de vie (dont l'accumulation peut conduire à un trouble psychosomatique) :

- majeurs : éprouvants, traumatisants
- mineurs : soucis de la vie quotidienne,

LE COPING (faire face à ...)

Lié à l'évaluation du sujet de la situation et de ses compétences pour pouvoir l'aménager.

LIEU DE CONTROLE

- Lieu de contrôle interne lorsque le sujet pense être à l'origine de toutes les situations. Quand ce lieu de contrôle est prédominant, le sujet est plus vulnérable au stress et aux troubles psychosomatiques.
- Lieu de contrôle externe lorsque le sujet attribue aux situations qu'il vit une cause externe non maîtrisée par lui.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

Traitement médicamenteux :

- Par anxiolytiques (cure courte),
- Par antidépresseurs non tricycliques non IMAO
- Après bilan pré-thérapeutique

Différentes formes de psychothérapies :

- Thérapie cognitive et comportementale
- Thérapies brèves
- Hypnose possible

Q 43- TROUBLES DU SOMMEIL

Polysomnographie : un examen clé

- Hospitalisation de 24 heures dans une chambre avec caméra infrarouge reliée à un écran de télévision et à un magnétoscope
- Elle comprend un électroencéphalogramme, un électromyogramme (menton et jambes), un ECG, une mesure de la fréquence respiratoire; une mesurer du flux d'air entrant et sortant par le nez, un enregistrement des mouvements respiratoires et une oxymetrie.
- Cet examen se fait sous surveillance d'un soignant et dure 8 heures.

INSOMNIES TRANSITOIRES ***Il est nécessaire de respecter une nuit d'habituation avant d'entreprendre un bilan complémentaire***
Nombreux facteurs déclenchants : modification de la literie, de la température de la pièce de vie, bruits, lumières, changement d'environnement habituel, séjour en altitude, mauvaise hygiène de vie, activités physiques ou intellectuelles tardives +++ Insomnie d'ajustement ; due à des événements de vie stressants ou d'origine organique Insomnie de rebond à l'arrêt des hypnotiques de demi-vie courte

INSOMNIES CHRONIQUES PRIMAIRES

INSOMNIE PSYCHOPHYSIOLOGIQUE	INSOMNIE DE MAUVAISE PERCEPTION
Début : 20-30 ans Facteur déclenchant banal ou événement de vie stressant Association d'un facteur d'anxiété et de conditionnement négatif vis-à-vis du sommeil Parfois, insomnie transitoire au début Période de rémission +/- longue puis réapparition du symptôme Diagnostic à retenir en l'absence d'autre cause décelable	Plainte du patient de très peu dormir Incapacité à apprécier la réalité de leur sommeil Diagnostic confirmé par la polysomnographie Continuité entre l'insomnie psychophysiologique et ce type d'insomnie

INSOMNIES SECONDAIRES

ETIOLOGIES PSYCHIATRIQUES 60% des causes d'insomnie	ETIOLOGIES IATROGENES
Episode dépressif majeur Episode maniaque avec besoin réduit de sommeil (signe évocateur) Trouble anxieux, quelques soit le type, avec fragmentation du sommeil Schizophrénie avec tout type de trouble du sommeil	Abus de Caféine Abus, dépendance à l'alcool seul ou en association avec des hypnotiques, des benzodiazépines Abus, dépendance à la cocaïne ou aux amphétamines Dépendance aux hypnotiques, aux benzodiazépines (tolérance, phénomène de rebond à l'arrêt) Usage de benzodiazépines chez les enfants et les sujets âgés : insomnie avec état d'agitation paradoxale Syndrome de sevrage aux antidépresseurs

Syndrome des jambes sans repos	Syndrome des mouvements périodiques des membres
• Diagnostic : interrogatoire +++ • Paresthésies (picotements ou sensation de tension) des membres inférieurs • Atteinte possible des membres supérieurs dans les formes graves • Survenue dans la journée • Exacerbation avant l'heure du coucher • Difficultés d'endormissement • Se lève pour marcher ou se maser les jambes • Eveils nocturnes possibles • Souvent associé à un syndrome des mouvements périodiques des membres	• Toujours évoquer ce diagnostic en présence d'une insomnie • Mouvements d'extension du gros orteil avec dorsiflexion du pied • Parfois accompagnés d'une flexion du genou voire de la hanche • Durée : 2 à 5 secondes • Suivis de réveils chez la majorité des patients • Pathologique si supérieur à 5 réveils par heure • L'enregistrement polygraphique fait le diagnostic • Comorbidités : syndrome d'apnées du sommeil, narcolepsie

TROUBLE DU RYTHME CIRCADIEN

Syndrome d'avance de phase du sommeil
Besoin de sommeil irrésistible en fin d'après-midi chez les sujets âgés

Hypersomnies secondaires : cause métabolique, infectieuse, neurologique...
Hypersomnies induites : insuffisance de sommeil, travail posté, décalage horaire (jet lag), usage d'alcool et/ou de drogues et/ou de médicaments psychotropes)

Q 286- TROUBLES DE LA PERSONNALITE

PERSONNALITE PARANOIAQUE

- Début à l'âge adulte
- Sexe masculin +++
- Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes:
  - le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent
  - est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés
  - est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui
  - discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins
  - garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné
  - perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère
  - met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
  - Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale

PERSONNALITE BORDERLINE OU ETAT LIMITE

- Sensation chronique de vide
- Autres affects dysphoriques : rage, honte, panique, terreur, solitude et tristesse.
- Clivage (« tout ou rien »)
- Variations rapides de l'humeur
- Impulsivité avec automutilations et passages à l'acte suicidaire
- Abus de substances, troubles du comportement alimentaire, dépenses et achats inconsidérés, violences verbales et conduite automobile dangereuse.
- Perturbation de l'identité caractérisée par une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
- Relations interpersonnelles intenses et instables avec abandonnisme (angoisse d'être abandonné)
- Symptômes quasi-psychotiques transitoires avec parfois quelques hallucinations.

- Pathologies associées (comorbidités) :
  - Trouble de l'humeur : dépression, trouble bipolaire
  - Abus de substances
  - Syndrome de stress post-traumatique, autres troubles anxieux

PERSONNALITE HISTRIONIQUE

-Diagnostic et complications :

- Femme adulte
- Théâtralisme ou histrionisme
- Dramatisation
- Tendance à l'érotisation des rapports sociaux (séduction inadaptée, attitude provocante)
- Sexualité peu investie ou évitée
- Expression émotionnelle exagérée (changeante, impulsivité)
- Suggestibilité
- Veut être au centre de l'attention d'autrui
- Manière de parler trop subjective
- Complications dépressives, anxieuses, addictives

PERSONNALITE SCHIZOIDE

-Diagnostic

- Touche l'homme surtout
- Chez les parents de sujets schizophrènes
- Chez les parents de sujets ayant une personnalité schizotypique

- Sujet solitaire
- Froideur
- Emoussement affectif
- Difficultés à avoir des relations avec autrui
- Difficultés à exprimer ses sentiments
- Pauvreté des relations émotionnelles

-Diagnostic différentiel

- Trouble autistique
- Personnalité schizotypique
- Personnalité évitante

PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

-Diagnostic

- Idées pseudo-délirantes
- Bizarrerie du discours, du comportement, des pensées
- Pauvreté des relations interpersonnelles
- Décompensation psychotique possible

-Diagnostic différentiel

- Personnalité borderline

PERSONNALITE ANTISOCIALE

-Diagnostic et complications :

- Sexe masculin
- Antécédents de trouble des conduites dans l'enfance et l'adolescence
- Impossibilité de se conformer aux normes sociales
- Impulsivité
- Irritabilité
- Agressivité
- Absence de remords
- Indifférence après acte délictueux
- Instabilité dans les relations sociales
- Multiplication d'actes médico-légaux
- Récidives multiples

- Atténuation progressive des troubles après 40 ans
- Abus et dépendance à des substances psychoactives
- Possibles épisodes dépressifs majeurs

-Diagnostic différentiel

- Personnalité schizoïde
- Personnalité borderline
- Héboïdophrénie (forme clinique de schizophrénie)

PERSONNALITE DEPENDANTE	PERSONNALITE EVITANTE	PERSONNALITE NARCISSIQUE
-Diagnostic • Anormalement soumis • Besoin de réassurance • Crainte d'abandon • Evitement de l'autonomie • Complications : épisode dépressif majeur, conduites addictives	-Diagnostic • Sensibilité au refus • Contacts sociaux évités • Crainte d'être rejeté • Inhibition sociale • Difficultés d'investissement dans la relation à l'autre • Possibles complications : phobie sociale, trouble anxieux, conduites addictives	-Diagnostic • Adulte • Manque d'empathie • Estime de soi importante • Exigence d'admiration et d'affection • Sensibilité exagérée au jugement des autres • Intolérance à la critique • Possibles complications : épisode dépressif majeur, conduites addictives, accès psychotique bref

Q 40- SEXUALITE NORMALE ET SES TROUBLES

I-SEXUALITE NORMALE

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour » selon l'OMS.

II-SEXUALITE PATHOLOGIQUE

1-Perturbations de la relation sexuelle

Trouble de l'érection : étiologie organique, trouble anxieux, dépression, abus voire dépendance à des substances
Absence ou insuffisance de désir : inhibition anxieuse ou dépressive, difficultés relationnelles dans le couple, trouble de l'identité sexuelle, modification de l'orientation sexuelle
Anorgasmie masculine : il existe souvent des troubles psychiatriques sévères **Anorgasmie féminine** : à interpréter selon le contexte culturel ; origine dépressive ou hystérique **Ejaculation précoce** : sélective ou non selon la ou le partenaire, agressivité latente à l'égard du partenaire, angoisse de castration
Vaginisme : trouble anxieux plutôt phobique **Dyspareunie** : névrotique ou dépressive, agressivité latente parfois à l'égard du partenaire

2-Paraphilies : troubles de la préférence sexuelle

-***Voyeurisme*** : observation à son insu d'un autre sujet quelque soit le sexe en pleine relation intime, acte suivi de masturbation
-***Masochisme sexuel*** : prise de plaisir lors d'humiliations ou de souffrances infligées par son partenaire
-***Sadisme sexuel*** : prise de plaisir lors de souffrances ou d'humiliations infligées à son partenaire
-***Travestisme*** : mode d'excitation par le port de vêtements du sexe opposé
-***Fétichisme*** : mode d'excitation sexuelle sur objets inanimés (bas, gants, chaussures...)
-***Exhibitionnisme*** : Exposition de façon répétée, ses organes génitaux à des étrangers
-***Pédophilie (loi du 17 juin 1998)*** : • Activité sexuelle avec un ou des enfants pré pubères âgés de 13 ans ou moins • Le sujet est âgé de 16 ans ou plus et a au moins 5 ans de plus que la victime. • Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance dans 30% des cas • Majorité des abus sexuels par des adultes de plus de 18 ans • Groupe hétérogène : attirance exclusive ou non pour les filles ou les garçons, personnalité de l'agresseur (sadique, immature...), âge de l'agresseur (adolescent, sujet âgé), présence d'un stress ou de conduites addictives, pathologie psychiatrique associée • Déni du trouble fréquent • Traitement par chimiothérapie antiandrogène (Androcur®) et psychothérapie
-***Frotteurisme*** : excitation sexuelle obtenue par le frottement dans les endroits publics
-***Transsexualisme***

3. Addiction au sexe

- Le sexe est envisagé comme une drogue ou de l'alcool et répond aux critères d'abus ou de dépendance (Cf. QS)

- Il existe différentes formes cliniques :
- Masturbation compulsive : plus de 5 actes par jour avec conséquences péniennes non négligeables
- Trouble Addictif Sexuel Cybernétique : par l'intermédiaire d'internet, accès aux sites classés X, aux chats (forums de discussion), au téléchargement gratuit ou payant de films et de photos pornographiques, aux strip tease on line, aux rendez-vous avec des call-girl ou prostituées, aux aventures sexuelles virtuels
- Achats multiples et abonnements à des magasines à caractère pornographique
- Fréquentation des *sex shop*, des *peep show*, des salons de massage érotique, des prostitué(e)s, des clubs échangistes
- Syndrome du dragueur compulsif : effet auto-thérapeutique de la rencontre de différents partenaires, insatisfaction permanente
- Hypersexualité (nombreux rapports sexuels)

Q 9- HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS ET HOSPITALISATION D'OFFICE

HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS

HDT classique selon l'article L-3212.1 de la loi de juin 1990 du code de santé publique : une demande de tiers et 2 certificats médicaux

HDT péril imminent (urgence) selon l'article L-3212.3 de la loi de juin 1990 du code de santé publique : une demande de tiers et un certificat médical

- Indiquée quand les troubles du patient rendent impossibles son consentement et que son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier
- Tiers : soit un membre de la famille, soit une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci (si le tiers est le curateur ou le tuteur, il doit fournir un extrait de jugement de mise sous curatelle ou tutelle), à l'exclusion des soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil
- Demande du tiers manuscrite : identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et celle du tiers vérifiée par le directeur de l'établissement ; si le tiers est tuteur ou curateur, celui-ci fournit un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle.
- Demande doit être accompagnée de 2 certificats médicaux (HDT classique), datant de moins de 15 jours, rédigés par des médecins, non obligatoirement psychiatres, thésés inscrits au conseil de l'Ordre des Médecins
- Le 1er certificat est rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement hospitalier et le second est rédigé par un médecin pouvant exercer dans cet établissement
- Les 2 médecins ne peuvent être parents ou alliés, au 4ème degré inclus, ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement, ni du tiers demandeur, ni de la personne hospitalisée.
- Contenu des 2 certificats : constatation de l'état mental du patient (sans donner le diagnostic)
- Confirmation de la nécessité du maintien de l'hospitalisation par les certificats des 24 heures, de quinzaine, 1 mois après la quinzaine puis mensuels
- Libertés générales limitées à celles nécessaires au traitement
- Modalités de sortie : sur avis du médecin, par le directeur, sur demande du tiers, sur demande de personnes mentionnées par l'article L-3212.9
- Dans le cas d'une hospitalisation d'un mineur, il appartient au titulaire de l'autorité parentale de prendre la décision de l'hospitalisation

DEMANDE D'ADMISSION PAR UN TIERS

Demande manuscrite sur papier libre

Je soussigné(e) Monsieur (Madame) (nom, prénom(s)), (profession ou « sans profession »), né(e) le , habitant (adresse) , demande en ma qualité de (nature des relations existant entre elles, degré de parenté), conformément à l'article L3212.1 du code de Santé Publique et aux conclusions des certificats médicaux ci-joints, l'admission à l'hôpital de , de M (nom, prénom(s)), (profession ou « sans profession »), âgé(e) de , habitant (adresse)

Fait à , le

Signature

Pièce d'identité (carte d'identité nationale, permis de conduire, passeport, délivrée le..., n°.......)

Les identités du tiers et du patient sont vérifiées par le directeur de l'établissement

CERTIFICAT D'HDT

Date

Je soussigné, Dr..... médecin, N° d'Ordre, certifie que Mr ou Mme ...., âgé(e) de ...., domicilié(e) à....., présente des troubles rendant impossible son consentement (description symptomatique sans évoquer obligatoirement de diagnostic).
Son état impose des soins immédiats ainsi qu'une surveillance hospitalière et nécessite son transfert en hospitalisation sur demande d'un tiers dans un établissement régi par la Loi du 27 juin 1990 (article L-3212.1 ou article L-3212.3 (si péril imminent) du code de santé publique)

Fait à , le

Signature

Le médecin PEUT, à la fin de son certificat médical, ajouter : « Je certifie par ailleurs n'être ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec la personne hospitalisée et le tiers demandant l'hospitalisation ».

HOSPITALISATION D'OFFICE

- Ordre publique ou sûreté des personnes compromise
- Indiquée quand délire paranoïaque, décompensation délirante avec danger pour la sécurité d'autrui
- Certificat médical circonstancié par un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient
- Préciser les circonstances ayant rendu l'hospitalisation nécessaire
- Arrêté prononcé par le préfet de police à Paris et dans les départements par les représentants de l'état, au vu du certificat médical
- Certificat médical des 24 heures par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; certificats de quinzaine, à 1 mois de l'admission puis mensuels
- Libertés générales limitées à celles rendues nécessaires au traitement
- Sortie par arrêté préfectoral : sur avis médical ; sur décision du préfet après avis de la commission départementale ; après expertise de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'état dans le département, sur une liste établie par le procureur de la république.

HOSPITALISATION D'OFFICE EN PERIL IMMINENT

Selon l'article L-3213.2 de loi du 27 juin 1990 du CSP

- Après attestation par avis médical ou à défaut par la notoriété publique, le maire et à paris les commissaires de police prennent les mesures provisoires nécessaires.
- En référer, dans les 24 heures, au représentant de l'état dans le département qui statue sans délai et prononce l'arrêté d'hospitalisation dans les formes prévues à l'article L-3213.1
- Mesures caduques au bout de 48 heures, faute de décision du représentant de l'état
- Dans les 24 heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'état dans le département et à la commission mentionnée un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

HOSPITALISATION D'OFFICE JUDICIAIRE

- Selon l'article L-3213.7 de la loi du 27 juin 1990 du CSP
- Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne, qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal, pourrait compromettre l'ordre publique ou la sûreté des personnes
- Sortie prononcée par le préfet après 2 expertises indépendantes

Q 52- MESURE DE PROTECTION DES BIENS

SAUVEGARDE DE JUSTICE **Mise en place automatique et immédiate**
- Indiquée quand une personne majeure présente une altération des facultés mentales (**épisode maniaque, démence, état délirant, en attente d'une curatelle ou d'une tutelle dans la schizophrénie**) ou physiques altérant momentanément ses capacités civiles - Conservation de ses droits civils et civiques - Deux types de déclaration médicale au procureur de la République : • Procédure facultative de déclaration au procureur de la République par le médecin traitant qui constate que le sujet a besoin d'être protégé dans les actes de la vie civile ; la déclaration doit être confirmée par un psychiatre • Procédure obligatoire de déclaration au procureur de la République par le médecin traitant dans un certificat constatant l'altération des capacités personnelles physiques ou mentales du patient hospitalisée • Elle peut être prononcée par le juge des tutelles si demande de tutelle ou de curatelle faite - Durée de la sauvegarde de justice • Premier certificat médical valable 2 mois, certificats de renouvellement valables 6 mois • Nombre de renouvellement non limité • Poursuite possible jusqu'à la mise en place d'une tutelle ou d'une curatelle - Cessation automatique : • Expiration du délai de déclaration • Non renouvellement par un certificat médical • Certificat médical attestant que les troubles mentaux ont cessé • Décision du procureur de la République ou du juge des tutelles • Recours par le patient auprès du procureur de la République

TUTELLE : indiquée quand la personne présente une pathologie ou un handicap confirmé et durable, nécessitant le besoin d'être représenté de façon continue pour tous les actes de la vie civile (schizophrénie, insuffisance mentale, démence) ; perte de ses capacités civiles, civiques et juridiques

CURATELLE : mesure intermédiaire entre la sauvegarde de justice et la tutelle. Indiquée quand une personne présente une pathologie ou un handicap nécessitant le besoin d'être protégé de façon durable, adaptée et souple.
Le sujet est contrôlé ou conseillé dans les actes de la vie civile.

Q 47- PSYCHOTHERAPIES (GRANDS COURANTS)

PSYCHO-THERAPIES	CARACTERISTIQUES
THERAPIES COMPOR-TEMENTALES **THERAPIES COGNITIVES**	- analyse détaillée par le thérapeute et le patient des comportements cibles - conditions internes et externes de survenue - établissement d'un « contrat » (objectifs, modalités de la thérapie) - évaluation régulière du changement obtenu pendant et après la thérapie - méthodes : désensibilisation systématique, immersion, affirmation de soi, feedback - apprendre au sujet à intervenir sur des schémas de pensée, des images mentales et des sentiments - modification des cognitions erronées, négatives Méthode associée avec les thérapies comportementales Indications : troubles anxieux, addictions, dépression, schizophrénie, trouble de la personnalité.....
THERAPIES FAMILIALES	- prise en charge de la famille par un ou plusieurs thérapeutes - d'inspiration analytique ou systémique - étude des interactions et des conflits entre les membres de la famille - travail sur individuation de chacun des membres de la famille - améliorer ces interactions Indications : anorexie mentale, conduites addictives....
RELAXATION	- méthodes visant à obtenir un état de détente et de relâchement musculaire - but : faire acquérir au sujet le contrôle volontaire de son tonus musculaire et de certaines fonctions physiologiques - différentes techniques : • Training autogène de Schultz • Méthode de Jacobson • Rééducation psychotonique de J. de Ajuriaguerra et de J.Lemaire • Méthode de Sapir et Reverchon Indications : troubles anxieux, certaines affections psychosomatiques....
PSYCHA-NALYSE	- développé à partir des écrits de Freud - explore le sujet au-delà du symptôme - Cure psychanalytique : réactualiser les conflits infantiles - principes : sujet allongé, thérapeute hors de son champ de vision, régularité du rythme, de la fréquence, de la durée des séances - patient exprime librement ses pensées - transfert : affects du sujet pour le thérapeute - contre transfert : ce que le thérapeute ressent du sujet Indications : sujet capable d'introspection, de tolérance à la frustration, désireux de comprendre ses troubles Il existe également les psychothérapies d'inspiration analytique

Q 47- APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET PERSONNALITE NORMALE (GRANDS COURANTS)

DEFINITIONS

I-COGNITION

- Acte de connaître par le traitement de l'information
- Stimuli externes filtrés sous la forme de données perçues par l'organisme (information)
- Analysés ensuite par la mémoire à court terme, codés par la mémoire à long terme
- Représentations stockées dans la mémoire à long terme disponibles pour un traitement plus sophistiqué (comme par exemple des comparaisons, des généralisations, une déduction)
- Informations ensuite récupérées par la mémoire à court terme
- Sorties : paroles ou actions résultant de ce traitement

II-TRAITEMENT DE L'INFORMATION :

2 TYPES

- ***1er processus de* traitement *allant de bas en haut***
  - Part de stimuli de l'environnement pour aller vers des processus cognitifs supérieurs, sous contrôle des données provenant du monde extérieur

- ***2ème processus allant de haut en bas***
  - Apprentissage, souvenirs de situations semblables, schémas de pensée préétablis par rapport aux informations venant du monde extérieur

III-PROCESSUS COGNITIFS AUTOMATIQUES

- Inconscients, rapides, sans effort
- Nécessitent peu ou pas d'attention
- Difficiles à modifier
- Correspondent à des schémas profonds de pensée
- Se traduisent par des pensées automatiques qui émergent à un niveau proche de la conscience

IV--PROCESSUS COGNITIFS CONTROLES

- Conscients, lents
- Nécessitent à la fois des efforts et de l'attention
- Faciles à modifier
- Correspondent à la pensée logique

V-PERSONNALITE

- Intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions
- Correspond aux modes de réactions émotives, cognitives et comportementales, à l'environnement caractérisant chaque individu
- Fondée essentiellement sur les émotions, la mémoire autobiographique et des processus automatiques (plus que contrôlés) du traitement de l'information

Q 47- LES GRANDES THEORIES DE L'APPRENTISSAGE (GRANDS COURANTS)

I-THEORIE DU CONDITIONNEMENT

Conditionnement : acquisition de comportement rendu possible par les relations existantes entre les stimulations du milieu et les réactions de l'organisme

1-Conditionnement Pavlovien

Conditionnement classique

-Procédure : consiste à faire précéder de façon répétée un stimulus déclenchant de manière réflexe une réaction mesurable par un stimulus neutre sans rapport avec la réponse.

Après un certain nombre de présentation de ces 2 stimuli, le stimulus initial neutre devient capable d'engendrer la réponse.

-l'expérience de Pavlov

La nourriture (stimulus inconditionnel) tend à faire saliver l'animal : réaction instinctive.

Son de cloche (stimulus conditionnel).

Si il est simultanément présenté et à plusieurs reprises les 2 stimuli, le son de la cloche va finir par faire saliver le chien.

La réponse est la salivation, qui est au départ une réaction inconditionnelle, qui devient, par la suite, une réaction conditionnelle.

LES LOIS DU CONDITIONNEMENT PAVLOVIEN

a-Extinction

Si l'on cesse de délivrer le stimulus inconditionnel (nourriture) après le stimulus conditionnel (la cloche), la réponse conditionnelle (salivation si cloche) décroît progressivement pour finir par disparaître.

L'extinction est non totale car si la procédure de conditionnement est faite à nouveau, le second apprentissage est beaucoup plus rapide que le premier : extinction partielle (trace du premier apprentissage)

b-Généralisation
Si l'on présente, une fois le conditionnement établi, un stimulus similaire au stimulus conditionnel mais légèrement différent sur un plan physique, la réponse conditionnelle bien que plus faible apparaît tout de même.

c-Discrimination
Une réponse généralisée peut être éteinte en mettant en place une procédure de discrimination dans laquelle on éteint progressivement les réponses conditionnelles provoquées par des stimuli proches du stimulus conditionnel dont on désire maintenir les capacités de déclencher la réponse conditionnelle.
L'animal va être forcé à faire la différence
Changements brusques dans le comportement de l'animal avec agitation, des gémissements, apathie.

2-Conditionnement chez l'homme

Les mêmes règles de réaction trouvées chez l'homme sont applicables à l'homme.

II-THEORIES BEHAVIORISTES (COMPORTEMENTALES)

1-Principe d'apprentissage par essais et erreurs
-Thorndike (1874-1949) : précurseur des théories de l'apprentissage de la psychologie béhavioriste.
Expérience :
On met un chat affamé dans une cage et on lui donne de la nourriture
On mesure le temps qui sépare le moment ou le chat est placé dans la cage et celui où il réussit à en sortir
Apprentissage dans le sens où le chat va sortir de plus en plus vite de la cage.
-La loi de l'exercice : Connexion entre la situation et la réponse qui sont renforcées par l'exercice et affaiblies quand l'exercice est arrêté.
-La loi de l'effet : Connexion qui est renforcée ou affaiblie par l'effet de ses conséquences. Réponses adéquates apprises et maintenues dans le répertoire des comportements du sujet que si elles conduisent à un renforcement positif.

2-Le béhaviorisme
-Skinner (1904-1990), psychologue américain.
Tout le comportement des individus s'explique par les régularités dans les renforcements auxquels les individus ont été soumis de la part de leur environnement au cours de leur existence. Skinner considère que le comportement est l'instrument qui permet l'obtention d'une récompense

-La boite de Skinner (conditionnement instrumental)
On a une boite avec un rat, un réservoir et un levier. On place un rat affamé dans une cage qu'il découvre pour la 1ère fois. Cette cage est munie d'un petit réservoir relié à un mécanisme avec un levier qui déclenche l'arrivée d'une boulette de nourriture. Dans cette situation, le rat présente la particularité par rapport aux autres animaux d'explorer activement la cage. Il va finir par appuyer par hasard sur le levier.
On a un dispositif qui permet de mesurer le temps qui s'écoule entre 2 pressions successives sur le levier. On constate que ce temps baisse rapidement au cours de l'expérience.

2 conditions pour que l'apprentissage s'effectue
-Il faut que le comportement soit effectivement produit
-Il faut que le fait que le comportement ait été émis soit récompensé.

Le comportement est renforcé.

Des critiques ont été faites à l'égard du béhaviorisme

3-La Gestalt-théorie
Théorie psychologique ayant particulièrement mis l'accent sur les aspects de configuration et de totalité dans la vie mentale.
Avec le gestaltisme, ce ne sont plus les éléments en soi qui vont être pertinent mais l'établissement de relation entre ces éléments, c'est pourquoi on parle de la structuration de la situation.
Pour eux, l'apprentissage se définie comme un processus d'organisation des éléments d'une situation.
Importance de la forme du matériel à apprendre.
L'idée est que les facteurs qui expliquent la mémorisation d'un matériel dépendent surtout de la forme de ce matériel, c'est l'effet Von Restorff.
Expérience :
On présente par écrit 3 listes de 10 éléments à apprendre (Liste hétérogène - 1 nombre et 9 syllabes - 1 syllabe et 9 nombres)
On laisse environ 10 minutes pour apprendre la liste et on lui demande de réciter.
Dans la liste 1, on retient 40%, dans la 2ième et la 3ième 70% d'éléments isolé et 22% à élément.
Un élément isolé est mieux mémorisé quand il est situé dans un ensemble d'autres éléments homogènes que s'il est mélangé avec de nombreux éléments sans aucun lien apparent.

Le sujet construit une représentation globale de la situation et c'est sur cette base de cette représentation que vont se construire et se stabiliser les apprentissages.

4-La théorie de l'apprentissage social (Bandura et l'apprentissage Vicariant)
Il s'agit de l'influence de l'environnement sur nos apprentissages. En observant ce qui se passe autour de lui, l'enfant apprend.
L'apprentissage Vicariant correspond au comportement d'apprentissage substitué à un autre. Le renforcement n'est pas directement applicable au comportement de l'apprenant mais à des comportements qu'il peut observer.
- Deux exemples
Si un rat a la possibilité de voir un de ses congénères faire avant lui, il fera un apprentissage plus rapide.
Chez l'homme, il y aura apprentissage vicariant à partir du moment où l'on met des enfants ensemble et quand l'un d'entre eux sait déjà faire

Facteurs favorisant l'apprentissage social
Fait d'attirer l'attention
Fait de faciliter la mémorisation et la compréhension
Permettre la production du comportement visé
Renforcement des acquis

Q 39- TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION

DIAGNOSTIC

- Garçons +++, vers 8 ans

Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois (DSM-IV TR) :

- Colère, refus de se plier aux règles des adultes, ennuie, accuse autrui, susceptible, méchant ou vindicatif, faible estime de soi, intolérance à la frustration
- Humeur dépressive et crises de colère secondaires à ces troubles
- Altération scolaire et sociale

-Diagnostic différentiel

- Trouble des conduites
- Trouble hyperactif avec déficit de l'attention (THADA)
- Trouble de l'humeur
- Trouble schizophrénique

EVOLUTION ET TRAITEMENT

- Dépend du fonctionnement familial et du développement des comorbidités
- Evolution vers un trouble des conduites
- Association à un abus de substances
- Association à un THADA
- Favorable dans 25% des cas

- Traitement médicamenteux de l'agressivité, de l'agitation... (neuroleptiques surtout si nécessaires)
- Thérapie comportementale et cognitive ou d'inspiration psychanalytique
- Thérapie familiale peut être nécessaire

TROUBLES DES CONDUITES

DIAGNOSTIC

- Age de début : 10-12 ans chez les garçons, 14-16 ans chez les filles
- Touche plus les garçons que les filles
- Absence de modèle parental dans l'anamnèse

Ensemble de conduites agressives répétitives et persistantes au cours des 12 derniers mois (3 critères ou plus) et au moins 1 des critères diagnostiques présent au cours des 6 derniers mois (DSM-IV TR) :

- Agressivité, destruction de biens matériels, vols, fraudes, violation grave de règles établies
- Faible estime de soi
- Conduites addictives
- Risque suicidaire
- Altération du fonctionnement scolaire et social

-Diagnostic différentiel

- Trouble des apprentissages
- Trouble hyperactif avec déficit de l'attention (THADA)
- Trouble de l'humeur
- Trouble schizophrénique
- Abus de substances psychoactives

EVOLUTION ET TRAITEMENT

- Favorable quand trouble modéré
- Mauvais pronostic quand âge jeune
- Traitement médicamenteux si nécessaire (neuroleptiques, thymorégulateurs (hors AMM))
- Thérapie comportementale et cognitive ou d'inspiration psychanalytique
- Thérapie familiale peut être nécessaire

TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE

DIAGNOSTIC

Trouble neurodéveloppemental touchant 3 à 5% des enfants en âge scolaire (surtout les garçons)

Critères DSM-IV TR

A. Présence soit de (1), soit de (2):

(1) 6 des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté **pendant au moins 6 mois**, à un degré qui est inadapté ou ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

Inattention

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
(b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
(c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
(d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
(e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
(f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p.ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
(h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulis externes
(i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) 6 des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté **pendant au moins 6 mois**, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

Hyperactivité

(a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
(b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
(c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est

inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptômes peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
(d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
(e) agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
(f) parle souvent trop

Impulsivité

(g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
(h) a souvent du mal à attendre son tour
(i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'**âge de 7 ans**.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de **deux types d'environnement différents : à l'école et à la maison**

D. Altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., trouble de l'humeur), trouble anxieux, trouble de la personnalité...

Diagnostics différentiels

- Troubles des apprentissages
- Enfant au QI supérieur à la normale dans un environnement peu stimulant ; enfant au QI faible dans un environnement scolaire inadapté
- Trouble bipolaire
- Trouble anxieux
- Trouble autistique
- Hyperthyroïdie, diabète

- Epilepsie (absences, crises complexes partielles)
- Sévices (abus physique ou sexuel)
- Adrénoleucodystrophie, syndrome de l'X fragile, syndrome d'alcoolisation fœtale....

Comorbidités

- Trouble oppositionnel avec provocation
- Trouble des conduites
- Trouble des apprentissages
- Trouble de l'humeur et trouble anxieux

EVOLUTION ET TRAITEMENT

- Dépend du fonctionnement familial
- Peut disparaître à la puberté
- Rémission partielle entre 12 et 20 ans
- Persistance possible à l'adolescence voire à l'âge adulte (dans 15 à 20% des cas)
- Vulnérabilité à l'installation de troubles de la personnalité (antisociale), de troubles de l'humeur et de troubles addictifs

Traitement psychostimulant : dérivés amphétaminiques de type Methylphenidate, Ritaline® par exemple

Traitements antidépresseurs et neuroleptiques en fonction de la clinique

Traitement non médicamenteux : thérapie cognitive et comportementale, thérapie familiale, thérapie de groupe

Activités sportives et de loisirs

Interventions en milieu scolaire : aide pédagogique, modifications du comportement en classe, organisation du travail, stimulation des capacités d'attention

Q 285- DEPRESSION DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ENFANT	ADOLESCENT
Prévalence : 2% Expression clinique variable en fonction de l'âge Tableau clinique proche de celui de l'adulte avec certaines particularités : • diminution de l'efficience scolaire, • désintérêt pour les jeux, • ennui, • retrait, • culpabilité, • irritabilité Possibles phases d'agitation Apparition de plaintes somatiques Augmentation du risque suicidaire lié à l'existence d'éléments délirants et hallucinatoires congruents à l'humeur et à l'autodépréciation Association possible à un trouble anxieux ou à un THADA	***-Il est primordial de dépister une dépression de l'adolescent*** ***-Principale source d'erreur : crise identitaire de l'adolescence*** Expression clinique variable Tableau clinique proche de celui de l'adulte Particularités liées aux troubles du comportement : • conduites addictives, • conduites suicidaires, • détachement relationnel • et/ou • détachement social

Selon les recommandations de l'AFSSAPS en 2005, le traitement d'un trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent est d'abord la psychothérapie. Il ne faut pas prescrire d'antidépresseurs ISRS, IRSNA ou tricycliques dans le traitement de la dépression avant 18 ans. Cette prescription est déconseillée dans ce type de population en raison de l'augmentation du risque suicidaire.
Si la prescription d'antidépresseur est nécessaire, elle devra faire l'avis d'un spécialiste en pédopsychiatrie et une surveillance étroite sera nécessaire surtout en début de traitement.

Q 278- AUTISME ET PSYCHOSES INFANTILES

AUTISME

L'autisme de Kanner est la forme clinique la plus fréquente

EPIDEMIOLOGIE

- Prévalence de 0,04 % pour les formes pures.
- 4 à 5/10 000 naissances
- 3 à 4 garçons /1 fille
- Association fréquente à un retard mental, à une épilepsie

TABLEAU CLINIQUE

-**Etiologie multifactorielle** : génétique, environnementale, métabolique, développementale

-**Signes cardinaux :**

- Repli sur soi et isolement extrême
- Exigence d'immuabilité
- Stéréotypies
- Trouble du langage constant : absence de langage, seulement cris, absence de communication quand présent, écholalie....

- Registre sensoriel : évitement du regard de l'autre, regard qui traverse, indifférent au bruit, ne répond pas quand on l'appelle
- Indifférent à l'adulte, supporte mal les contacts corporels, se sert de l'autre comme d'un objet
- Réactions anormales aux stimuli extérieurs
- Absence de plaisir pour la créativité et l'apprentissage
- Anomalies de la motricité
- Les premières manifestations sont à rechercher par l'interrogatoire : ni constantes, ni spécifiques ++++ :

  - Bébé trop sage ou très agité
  - Troubles toniques posturaux et moteurs (pas d'attitude anticipatrice, défaut d'ajustement postural (poupée de son), retard des acquisitions psychomotrices)
  - Anomalies du regard (pas de poursuite oculaire, regard vide)
  - Non apparition des organisateurs de SPITZ (sourire réponse vers 3 mois, angoisse de l'étranger vers 8 mois, « non » vers 2 ans)
  - Troubles somatiques fonctionnels (alimentaires, sphinctériens, sommeil)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Surdité
- Déficit sensoriel
- Encéphalopathie métabolique (phénylcétonurie...)
- Toxoplasmose, rubéole, VIH
- Dépression du nourrisson (repli sur soi, indifférence, parfois balancements)
- Déficience mentale isolée
- Autisme secondaire (hospitalisme, distorsions relationnelles précoces, X fragile, phacomatoses).

EVOLUTION, PRONOSTIC

Pronostic meilleur quand QI > à 70

Evolution vers une pérennisation des troubles avec stéréotypies, absence totale de contact, fixation d'un tableau déficitaire grave

Facteurs de mauvais pronostic :

- Trouble organique associé (épilepsie +++).
- Profondeur du déficit intellectuel.
- Absence de langage après 5 ans.
- Précocité des troubles.
- Entourage familial pathologique.

TRAITEMENT

- Prise en charge individuelle éducative, psychologique, comportementale, psychomotrice, orthophonique
- Prise en charge en groupe
- Traitement institutionnel (hôpital de jour, hospitalisations), suivi au CMP
- Pour l'agitation, les automutilations : neuroleptiques sédatifs, antipsychotiques atypiques type risperidone, Risperdal®
- Autres (balnéothérapie, jeux, ateliers cuisine, dessins....)
- Prise en charge à 100%

SYNDROME D'ASPERGER

- Forme clinique avec bon développement du langage et un meilleur niveau d'ensemble : proche de l'autisme de haut niveau
- Troubles prédominants dans le domaine des interactions sociales et dans le développement de modes de comportements, d'activités et d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés.
  Le langage se développe dans les délais normaux
- Intérêt pour des sujets complexes (maths, météo, géographie, ...)

LE SYNDROME DE L'X FRAGILE

- Type particulier de retard mental lié à l'X
- Présent chez 5 à 10 % des enfants autistes
- Zone de fragilité sur le bras long du chromosome X
- (1 homme/1000 est porteur du X fragile, 1 femme/2000 est porteuse du X fragile).
- La maladie ne s'exprime que dans un petit nombre de cas chez la femme ; inversement, dans un petit nombre de cas, le X fragile ne s'exprime pas cliniquement chez l'homme.

-**Tableau clinique** :

- retard mental ± important
- macro-orchidie
- dysharmonie faciale (visage allongé, front proéminent, prognatisme, lèvres épaisses, oreilles de grande taille).
- ± dysplasie du tissu conjonctif (hyperlaxité ligamentaire, ...)
- ± comitialité
- syndrome autistique partiel ou complet

-**Traitement** : acide folique (qui peut donner une amélioration)

LE SYNDROME DE RETT

- Uniquement chez la fille
- Développement neurologique, mental et relationnel normal jusqu'à 7-18 mois.
- Stagnation des acquisitions pendant 2 à 8 mois
- Puis phase de régression psychomotrice rapide avec perte de l'intérêt pour le visage humain et les objets (fait évoquer l'autisme)
- Par la suite, apparition de manifestations neurovégétatives avec anxiété aux changements, de stéréotypies manuelles, de stéréotypies faciales, de manifestations neurologiques (trouble de la marche, apraxie...)
- Régression du langage
- Microcéphalie
- Evolution vers l'âge de 3 ans vers un tableau démentiel

TROUBLE DESINTEGRATIF DE L'ENFANCE

- Etiologie multifactorielle
- Touche 4 à 8 garçons pour 1 fille.
- Débute vers 3-4 ans
- Développement apparemment normal les 2 premières années de la vie.
- Perte significative des acquisitions préalables avant l'âge de 10 ans dans différents domaines
- Altérations des interactions sociales, de la communication
- Comportements stéréotypés ou restreints
- Epilepsie comorbide
- Evolution variable (plateau, détérioration, amélioration)
- Prise en charge identique à celle de l'autisme

SCHIZOPHRENIE A DEBUT INFANTILE

- Age de début : 3 ans
- Garçons > filles
- Tableau clinique, de début insidieux, proche de celui de l'adulte
- Trouble du langage et de la communication, pauvreté des fonctions motrices et cognitives
- Traitement neuroleptique conventionnel (haloperidol, Haldol®) ou antispsychotique atypique (risperisdone, Risperdal® ; clozapine, Leponex®)
- Approche psychoéducative

AUTRES

-**La sclérose tubéreuse de Bourneville** souvent diagnostiquée après l'apparition de signes psychotiques, associée à l'autisme dans plusieurs études

-**Phacomatoses**

-**Phénylcétonurie**

- 1 cas/15 000 naissances
- Tableau clinique de retard mental, de troubles neurologiques (hypertonie, épilepsie), de troubles du comportement
- Traitement : régime sans phénylalanine

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

-Après examen somatique,

Utilisation d'**échelles** évaluant la clinique et les capacités cognitives

-**Examen génétique** : recherche du X fragile (caryotype)

-**Imagerie cérébrale** : scanner, IRM (anomalies non spécifiques)

-**Electrophysiologie** : EEG, PEA, PEV
EEG : il existe dans 50 % des cas des anomalies paroxystiques
PEA du tronc cérébral et PEV peuvent être altérés

-**Biochimie** : recherche de maladies métaboliques, chromatographie des acides aminés urinaires et plasmatiques, acides gras volatils, acides organiques urinaires et plasmatiques, lactate, ionogramme urinaire et sanguin, folates

Sérologie virale (rubéole, herpès, CMV, oreillons, VIH)

Test auditifs : audiogramme...

Q 42- TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Il faut toujours évaluer le BMI (P/T^2) dans un dossier de trouble du comportement alimentaire

ANOREXIE MENTALE ESSENTIELLE

-Diagnostic :

- Terrain : adolescente, jeune adulte (12-20 ans)
- Facteur déclenchant : séparation, divorce, ...
- Aspect physique évocateur avec signes cliniques de dénutrition
- Triade symptomatique (3A) : amaigrissement, anorexie, aménorrhée primaire ou secondaire
- Vomissements spontanés ou provoqués, non systématiques
- Prise de laxatifs, de diurétiques - Accès boulimiques possibles, potomanie
- Dysmorphophobie
- Déni du trouble
- Refoulement de la sexualité - Hyperactivité physique et psychique
- Isolement social
- Pas de symptomatologie psychiatrique

-Différentes formes cliniques :

- Anorexie restrictive pure (forme clinique non stable évoluant le plus souvent vers la forme purge (vomissements))
- Anorexie/boulimie (accès boulimiques, vomissements)
- Forme prépubère/tardive
- Forme de sexe masculin (trouble de l'érection..)

-Diagnostic différentiel :

- Pathologies somatiques (neurologique, tumorale, endocrinologique)
- Pathologies psychiatriques (mélancolie, schizophrénie, troubles anxieux, hystérie...)

-Bilan complémentaire :

- Bilan nutritionnel complet
- Hémogramme : anémie, leucopénie
- Ionogramme sanguin : hypokalilémie, hyponatrémie, hypochlorémie si vomissements
- Fonction rénale plasmatique : possible insuffisance rénale fonctionnelle
- Glycémie : risque d'hypoglycémie
- Triglycéridémie, cholesterolemie augmentées
- Bilan hépatique : cytolyse, cholestase
- Bilan phosphocalcique
- ECG : rechercher signes d'hypokaliémie avec aplatissement
- T3, T4,TSHuset négativation des ondes T, onde U, pseudo-élargissement du QT, dépression du segment ST, troubles du rythme
- Béta-HCG plasmatiques de principe (devant aménorrhée)
- Ostéodensitométrie

-Profil évolutif :

- Guérison définitive (33% des cas)
- Récidives avec intervalles libres, crises boulimiques (idem)
- Chronique (évolution supérieure à 4 ans) (idem)
- Décès (5 à 10% des cas)

-Complications organiques, psychiatriques

-Facteurs de gravité clinique imposant une hospitalisation :

- BMI < à 14 kg/m^2
- Amaigrissement supérieur à 30% du poids
- Amaigrissement brutal
- Aphagie
- Epuisement physique
- Troubles de la conscience
- Tension artérielle < à 90/50 mmHg
- Fréquence cardiaque < à 50/min
- Hypothermie

-Attitude thérapeutique :

- Suivi ambulatoire préalable
- Hospitalisation si signes de gravité, si difficultés du suivi ambulatoire
- Contrat de poids, séparation de la famille
- Gavage avec sonde nasogastrique si nécessaire
- Education diététique
- Différentes options psychothérapeutiques : TCC, inspiration analytique, thérapie familiale, soutien associé à l'une ou plusieurs de ces thérapies
- Pas de traitement médicamenteux systématique
- Traitement des complications
- Surveillance clinique, alimentaire, poids, bilan hépatique

BOULIMIE NORMOPONDERALE

-Diagnostic :

- Femme entre 18 et 21 ans, poids normal
- Accès boulimique de début brutal, souvent préparé
- Au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois
- Sentiment de solitude
- Perte de contrôle avec besoin impérieux de manger, ingurgitation rapide et massive d'aliments hypercaloriques, en cachette, hors des repas
- Vomissements spontanés ou provoqués
- Torpeur, dépersonnalisation, culpabilité, douleurs abdominales
- Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids : laxatifs, diurétiques, activité physique intense
- Conscience du caractère morbide du trouble
- Conduite répétée une fois le malaise oublié
- Comorbidités (addictions diverses, trouble de l'humeur, anxiété, anorexie)
- Retentissement somatique : complications liées au vomissement, trouble du cycle menstruel
- Pas de troubles organiques ni psychiatriques

-Diagnostic différentiel :

- Pathologies organiques (tumeur, diabète, démence...)
- Pathologies psychiatriques (manie, schizophrénie....)
- Autres troubles du comportement alimentaire (yperphagie, Binge eating disorder...) ; fringale, grignotages
- Iatrogène (neuroleptiques ++, autres)

-Bilan complémentaire : recherche retentissement et complications du trouble

-Profil évolutif :

- Guérison (50% des cas)
- Rémissions (30% des cas)
- Chronicisation (20% des cas)
- Décès dans moins de 0,5% des cas

-**Complications** :

- Somatiques : ostéoporose, fausses routes, troubles hydroélectrolytiques (deshydratation, hypokaliémie, hypochlorémie, alcalose), troubles odontologiques (gingivite, stomatite, caries dentaires, parodontopathies), digestifs (RGO, Mallory-Weiss, oesophagite), iatrogènes, ménometrorragies, infertilité
- Psychiatriques : trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble de la personnalité
- Addictives : abus voire dépendance alcool, cannabis...

-**Attitude thérapeutique** :

- Ambulatoire le plus fréquemment
- Hospitalisation si comorbidité psychiatrique, somatique ou état de mal boulimique
- Différentes options psychothérapeutiques : TCC, inspiration analytique, thérapie familiale, soutien associé à l'une ou plusieurs de ces thérapies
- Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine à fortes doses
- Traitement des complications
- Surveillance

Q 43- TROUBLES DU SOMMEIL

INSOMNIES PRIMAIRES ET SECONDAIRES (Cf.QS)

TROUBLE DU RYTHME CIRCADIEN

SYNDROME DE RETARD DE PHASE DU SOMMEIL
Début dans l'adolescence voire dans l'enfance Retard irréductible du moment d'endormissement et moment de réveil survenant toujours aux mêmes heures Diagnostic positif quand il y a la preuve du retard stable de l'horaire veille-sommeil (tenue d'un agenda du sommeil pendant 3 semaines) Traitement : chronothérapie

HYPERSOMNIES

<table>
<tr><th colspan="2">PRIMAIRES</th></tr>
<tr><td>

Syndrome de Kleine-Levin

- Garçon > filles (adolescence +++)
- Survenue d'épisodes d'hypersomnolence diurne avec un allongement de temps de sommeil nocturne
- Association d'hyperphagie, de troubles des conduites sexuelles, de troubles du caractère, de l'humeur, des fonctions supérieures
- Confirmation du diagnostic par un enregistrement polygraphique sur 24 ou 48 heures
- Traitement médicamenteux par lithium, Theralite® (hors AMM)
- Thérapie cognitive et comportementale

Hypersomnie idiopathique

- Début possible dans l'enfance
- Hypersomnie isolée
- Sans étiologie connue
- Somnolence diurne +/- permanente
- Accès de sommeil possible sans cataplexie ni paralysies du sommeil

-Traitement symptomatique

</td><td>

Narcolepsie

-**Diagnostic** :

- Début avant 10 -15 ans
- Sexe masculin
- 2 signes principaux : somnolence diurne avec accès de sommeil irrésistible et accès de cataplexie
- Accès de sommeil de durée variable toujours suivi d'une restauration de la vigilance (1 heure à 1/2 journée)
- Autres signes : hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques lors des épisodes de sommeil nocturne ou diurne, paralysies du sommeil, sommeil de mauvaise qualité avec endormissement rapide et multiples éveils nocturnes avec activité onirique importante
- Fréquence : 1/an à plusieurs fois/j
- Comorbidités : syndrome d'apnées du sommeil ; mouvements périodiques des membres ; tumeurs cérébrales, traumatisme crânien, sclérose en plaques, encéphalite

-**Bilan complémentaire** :

- Enregistrement polygraphique du sommeil confirme le diagnostic
- Test Itératif de Latence d'Endormissement
- IRM cérébrale (chez l'enfant +++ en raison des hypersomnies symptomatiques)
- Typage HLA

-**Traitement** :

- modafinil, Modiodal® (hors AMM) ; methylphenidate, Ritaline® (> à 6 ans) d'utilisation limitée dans le temps
- Psychothérapie comportementale
- Effet bénéfique d'une ou plusieurs siestes par jour
- Traitement des comorbidités

</td></tr>
</table>

Il existe également des hypersomnies secondaires (métabolique, infectieuse, neurologique...) et des hypersomnies induites (insuffisance de sommeil, travail posté, décalage horaire, usage d'alcool et/ou de médicaments)

PARASOMNIES

(Ensemble de perturbations associées au déroulement du sommeil)

CAUCHEMARS	TERREURS NOCTURNES
- Début entre 3 et 8 ans - Disparition au moment de la puberté - Réveil au cours du dernier tiers de la nuit, de manière spontanée, durant un rêve effrayant - Souvenir précis - Totalement éveillé et bien orienté - Totalement bénin - Si persistance, si début tardif : rechercher un trouble psychopathologique sous-jacent	- Fréquence : 1 à 3% des enfants de moins de 15 ans et 1% des adultes - Survenue 1 à 3 heures après l'endormissement - Episode unique de début brutal - Sujet assis dans son lit, en mydriase, souvent érythrosique, hurlant, difficilement compréhensible, difficile à calmer avec possibles réactions agressives et exacerbation de la symptomatologie (surtout chez les enfants) - Hypersudation, tachycardie, difficultés respiratoires - Dure 1 à 15 minutes - Cède spontanément - Se rallonge et poursuit son sommeil calmement - Amnésie de l'épisode le lendemain - Peut s'accompagner de somnambulisme - Chimiothérapie quand fréquence des terreurs nocturnes importante

SOMNAMBULISME	MYOCLONIES D'ENDORMISSEMENT
- Garçons 5 - 12 ans - Disparition spontanée à la puberté le plus souvent - Antécédents familiaux - Survenue en 1ère partie de nuit - Caractéristiques : peut se lever, déambuler, exécuter des tâches précises - Possiblement dangereux pour lui-même ou les autres - Peut être raccompagné au lit - Durée < à 10 minutes - *Formes à risque : accès fréquents > à 2 à 3/semaine ; antécédents familiaux ; durée de l'accès > à 10 minutes ; activités dangereuses lors de l'accès (syndrome d'Elpenor : risque d'accident ou de défenestration) ; somnambulisme-terreur (forme qui associe à une terreur nocturne une déambulation violente)* - Association possible avec d'autres parasomnies - Traitement médicamenteux : Antidépresseurs tricycliques type Anafranil®, Tofranil® chez l'enfant de plus de 6 ans quand la fréquence des crises est importante	- Secousses brutales de tout ou partie du corps - Réveillent le sujet ou l'empêchent de s'endormir - Hallucinations hypnagogiques visuelles, auditives ou somesthésiques possibles

ADDICTOLOGIE

Q 45- MODALITES DE CONSOMMATION : USAGE, ABUS ou USAGE NOCIF, DEPENDANCE

I-ABUS D'UNE SUBSTANCE (DSM IV TR) ou UTILISATION NOCIVE POUR LA SANTE (USAGE NOCIF) D'UNE SUBSTANCE (CIM-10)

1-Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

Utilisation **répétée** d'une substance conduisant à l'**incapacité de remplir des obligations majeures**, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple., absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

Utilisation **répétée** d'une substance dans des situations où cela peut être **physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

Utilisation de la substance malgré des **problèmes inter-personnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple **disputes** avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

2-Les symptômes n'ont **jamais atteint**, pour cette classe de substance, les **critères de la Dépendance à une substance**.

II -DEPENDANCE À UNE SUBSTANCE

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une **altération du fonctionnement** ou une **souffrance**, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

1-**Tolérance**, définie par l'un des symptômes suivants :
- a-besoin de **quantités notablement plus fortes** de la substance pour obtenir une intoxication ou **l'effet désiré**.
- b-**effet notablement diminué** en cas d'utilisation continue d'une **même quantité** de la substance.

2-**Sevrage** caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes
- a-**syndrome de** sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique).
- b-la **même substance** (ou une substance très proche) est prise pour **soulager** ou **éviter** les **symptômes de sevrage**.

3-La substance est souvent prise en **quantité plus importante** ou pendant une **période plus prolongée que prévu**.

4-Il y a un **désir** persistant, ou des **efforts** infructueux, pour **diminuer** ou **contrôler** l'utilisation de la substance.

5-Beaucoup **de temps** est passé à des activités nécessaires pour **obtenir la substance** (par exemple fumer sans discontinuer), ou à **récupérer de ses effets**.

6-**Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs** importantes sont **abandonnées** ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7-**L'utilisation de** la substance est **poursuivie** bien que la personne sache avoir un **problème psychologique** ou **physique** persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c'est-à-dire des items 1 ou 2).

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c'est-à-dire tant de l'item 1 que de l'item 2).

III -SEVRAGE A UNE SUBSTANCE

1-Développement d'un **syndrome spécifique** d'une substance dû à **l'arrêt** (ou à la réduction) de 1'utflisation prolongée et massive de cette substance.

2-Le **syndrome spécifique** de la substance cause une **souffrance** cliniquement significative ou une **altération** du **fonctionnement social**, **professionnel**, ou dans d'autres domaines importants.

3-Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental

IV-MODALITES DE CONSOMMATION A RISQUE

1-Consommation précoce : plus une consommation de substances psychoactives débute tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus et/ou de dépendance est élevé

2-Consommation à la recherche d'excès

3-Consommation à visée auto thérapeutique

4-Cumul des consommations

5-Répétition des consommations

6-Facteurs environnementaux (social, scolaire, familial...)

EPIDEMIOLOGIE

- Première cause de mortalité évitable
- Age moyen d'initiation de 14 ans environ avec augmentation de la consommation à partir de 15 ans.
- Expérimentation du tabac à 11ans dans 12% des cas, 62% à 15ans et 68% à 16 ans
- 13.8 millions de fumeurs en France en 2005
- En 2005, 29,9 % des 12-75 ans déclarent fumer avec 33,4 % des hommes et 26,6 % des femmes
- 1 fumeur sur 2 d'un paquet de cigarettes par jour décédera d'une pathologie liée au tabac.
- 18 années de vie perdues
- 66 000 fumeurs décédés

COMMENT EVALUER LA DEPENDANCE NICOTINIQUE ?

- **Marqueurs biologiques** : Mesure du CO expiré, dosage de la cotinine urinaire et plasmatique

- **Test de Fagerström**

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 mn	3
6 à 30 mn	2
31 à 60 mn	1
Après 60 mn	0

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

Oui	1
Non	0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

La première	1
Une autre	0

Combien de cigarette fumez-vous par jour ?		
	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?		
	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous même si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée ?		
	Oui	1
	Non	0
Evaluation	Très faible ou pas de dépendance	0 à 2
	Faible dépendance	3 à 4
	Dépendance moyenne	5 à 6
	Forte à très forte dépendance	7 à 10

CLINIQUE

- Dépendance
- Syndrome de sevrage avec au moins 4 des critères suivants : humeur dépressive, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, agitation, ralentissement du pouls, augmentation de l'appétit et/ou prise de poids rapide. Ces signes causent une souffrance clinique, et parfois une altération du fonctionnement social ou familial et ne sont pas expliqués par une maladie mentale.
- Sous dosage en nicotine (craving, irritabilité, angoisse, faim, agitation, difficultés à se concentrer)
- Surdosage en nicotine (absence totale de besoin de fumer, nausées, bouche pâteuse, insomnie, céphalées, diarrhée les premiers jours)

COMORBIDITES
• Agoraphobie, trouble panique, phobie simple, anxiété ou phobie sociale, TAG • Dépression avec en cas d'antécédent ou de syndrome dépressif, arrêt plus difficile et échecs plus fréquents. • Consommation d'alcool fréquemment associée • Amaigrissement classique chez le fumeur (dû à la nicotine) • Prise de poids à l'arrêt (fréquente et inférieure à 6 kg)
• Pathologies cardiovasculaires (AVC, HTA, AOMI, angor, anévrisme de l'aorte abdominale, infarctus du myocarde, mort subite) • Pathologies pulmonaires (bronchite chronique, BPCO) • Cancers (poumon, ORL, œsophage, vessie, rein)
• Fertilité diminuée chez les femmes • Allongement du délai de début de grossesse à l'arrêt des contraceptifs • Risque de fausse(s) couche(s) spontanée(s) • Risque de GEU augmenté • Diminution de la spermatogenèse • Impuissance
En cas de Tabagisme passif : • Angine de poitrine et infarctus du myocarde • Cancer du poumon • Asthme de l'enfant • Mort subite du nourrisson • Hypotrophie fœtale

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE GLOBALE

Conférence de consensus : www.has-sante.fr

- Ambulatoire
- Conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac : 2 questions à poser systématiquement au cours des consultations : «*est-ce que vous fumez?* » *et « voulez-vous arrêter de fumer ?* » et utilisation de brochures sur les méfaits du tabac
- Evaluation de la motivation au changement à l'aide des techniques d'entretien motivationnel
- Evaluation psychopathologique sous jacente
- Evaluation de la dépendance tabagique à l'aide du Test de Fagerström
- Evaluation des co-addictions
- Traitements médicamenteux du sevrage :
  - Substituts nicotiniques : Gomme à mâcher, timbres transdermiques, inhaleurs nicotiniques (AMM pour la réduction des risques liés au tabagisme)
  - Traitement d'aide au sevrage par le bupropion (Zyban®) ou la varenicline (Champix®)
- Thérapie cognitive et comportementale
- Règles hygiénodiététiques
- Repérage et traitement des comorbidités

Q 45- CANNABIS

I-EPIDEMIOLOGIE

- Chez les 12-75 ans, la substance illicite la plus consommée reste de loin le cannabis, surtout chez les sujets de sexe masculin.
- 1,2 millions de consommateurs réguliers (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours) dont 550 000 consommateurs quotidiens
- L'usage occasionnel de cannabis à 17-18 ans, c'est-à-dire au moins une fois dans les 30 derniers jours, de ce produit concerne 38% des garçons et 26% des filles. L'usage régulier de cannabis, au moins 10 fois dans les 30 derniers jours, concerne 18% des garçons et 8% des filles.
- Entre 18 et 44 ans, 16% des hommes et 11% des femmes ont consommé du cannabis dans l'année.
- Le cannabis est à l'origine d'environ 30% des demandes de soins dans les centres spécialisés
- Risque d'accident de la route attribuable au cannabis et majorés par la consommation d'alcool

II-TROIS FORMES DE CANNABIS

- Herbe : feuilles et sommités fleuries séchées (mélange de graines et de brindilles) (contenu en Δ9-THC varie de 6 à 21%)
- Résine (shit) : sous forme de barrettes, d'aspect marron, rouge ou noir selon le pays d'origine (contenu en Δ9-THC varie de 8 à 30%).
- Huile : liquide visqueux brun (contenu en Δ9-THC varie de 60 à 80 %)
- Se fume (stick, joint, bang), se mange dans des gâteaux

III- EFFETS CLINIQUES AIGUS

- Effets psychoactifs dus au Δ9-THC, doses dépendantes et variables selon les individus
- Survenue en quelques minutes et peuvent durer quelques heures
- Euphorie, bien-être, détente (voire une exaltation thymique) ou sédation.
- Perturbations de la mémoire et de l'attention
- Altérations des performances psychomotrices
- Distorsions subjectives du temps et de l'espace
- Ces altérations peuvent persister jusqu'à 24 heures après l'usage de cannabis.

COMPLICATIONS

IVRESSE CANNABIQUE (Moreau de Tours, 1845)
• Sentiment de bonheur, de bien être, de joie • Excitation et dissociation d'idées (éléments primordiaux à l'origine des troubles mentaux) • Erreurs d'appréciation du temps et de l'espace • Perceptions sensorielles accrues : modifications auditives +++, synesthésies (enchaînement d'un domaine sensoriel à l'autre et du réel à l'imaginaire) (exemple : *j'entends le bruit des couleurs*), expériences hallucinatoires riches
AUTRES
• **Bad trip** : malaises anxieux, crises d'angoisse, idées dépressives, idées paranoïaques, voire délirantes • **Psychose cannabique aiguë (pharmacopsychose)** Apparition du délire concomitante OU dans le mois qui suit l'arrêt de l'intoxication. Ascension récente des consommations de cannabis Début brutal - Tableau clinique de bouffée délirante aiguë, avec une hétéroagressivité plus importante liée à la desinhibition psychomotrice, avec une plus grande fréquence d'hallucinations non acoustico-verbales, avec une impression de déjà-vu ou de dépersonnalisation Guérison à l'arrêt de l'intoxication et sous antipsychotique atypique Rechutes lors de nouvelles consommations.

IV-EFFETS CLINIQUES CHRONIQUES

1-Dépendance

CRITERES DSM IV TR
TOLERANCE
SYNDROME DE SEVRAGE (dépendance physique) • Peut apparaître après 10 heures • Pic à la 48ème heure • Symptômes s'amendent sur 3 semaines • Sur le plan clinique : agitation, anxiété, insomnie, dysphorie, irritabilité, anorexie, tremblements, augmentation des réflexes, modification de la fréquence cardiaque, modification de la tension artérielle, sueurs, diarrhée
CRAVING ou besoin irrépressible de consommer (dépendance psychique)
PERTE DE CONTROLE, REDUCTION IMPORTANTE D'AUTRES ACTIVITES
COMPLICATIONS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

2- Dépression

- Relation forte entre usage de cannabis et dépression
- Pas de relation de causalité établie
- Symptomatologie dépressive : facteur de risque de début d'usage de cannabis.

3- Syndrome de dépersonnalisation

- Attaques de panique avec sensations de dépersonnalisation ou de déréalisation secondaire aux prises isolées de cannabis

4- Schizophrénie

- Un âge de début précoce d'usage de cannabis semble augmenter le risque de psychose, des antécédents d'usage de cannabis apparaîtraient être un facteur de risque pour le début d'une schizophrénie, notamment chez les sujets vulnérables mais également chez ceux sans histoire clinique antérieure.
- Le cannabis n'est ni une cause suffisante ni une cause nécessaire pour une schizophrénie, mais une composante s'incluant dans le groupe de facteurs impliqués dans cette maladie.

5- Troubles anxieux

- Fréquents dans les populations de patients présentant un trouble anxieux généralisé ou un trouble panique avec ou sans agoraphobie
- Usage de cannabis anxiolytique
- Les attaques de panique chez les sujets souffrant d'un trouble anxieux favoriseraient l'arrêt spontané de la prise de cannabis.

6- Boulimie

- Abus voire dépendance au cannabis dans ce trouble du comportement alimentaire

7-Flashback cannabique

- Décharges cannabiques jusqu'à 3 mois après le dernier usage avec angoisse majeure de dépersonnalisation.

8-Syndrome amotivationnel (entité non validée mais cliniquement constatée)

- Déficit de l'activité professionnelle ou scolaire
- Favorisant ou amplifiant la désinsertion
- Troubles cognitifs
- Indifférence affective avec rétrécissement de la vie relationnelle
- Consommation auto-thérapeutique (souffrance psychique induite par le cercle vicieux de la consommation)
- Retentissement somatique proche des dépendants au tabac

9-Troubles cognitifs

- Altérations mnésiques et des capacités attentionnelles
- Effets neuropsychologiques résiduels à l'arrêt de la consommation, dus au sevrage
- Altération des performances comportementales dans les activités sociales (à prendre en compte dans certaines professions) et récréatives
- Réduction à long terme des possibilités d'accomplissement scolaire
- Effets néfastes du cannabis sur l'ensemble des fonctions perceptives, utiles à la conduite automobile, tel que la vitesse et la précision de la perception ainsi que l'attention partagée et continue
- Possibles altérations cognitives après arrêt de la consommation

V-COMPLICATIONS SOMATIQUES

- Broncho-pulmonaires : bronchite, BPCO, emphysème, cancer, pneumothorax…
- *Cardiovasculaires* : hypotension artérielle, bradycardie, artériopathies du sujet jeune type Maladie de Buerger
- *Cancer des VADS*
- *Sécheresse* buccale, nausées, vomissements, augmentation de l'appétit….
- Hyperhémie conjonctivale
- *Grossesse* et cannabis

Difficultés voire échecs d'implantation embryonnaire.
Retard de croissance fœtale, Hypotrophie, Réduction de la durée de la gestation.
Fausses couches spontanées, complications pendant le travail obstétrical
Altérations neurocomportementales et développementales significatives chez les sujets exposés *in utero* (troubles mnésiques, attentionnels, hyperactivité, intégration de données, comportements impulsifs).

VI-PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- Ambulatoire le plus souvent/Hospitalisation si solution ambulatoire difficile et/ou comorbidités psychiatriques
- Il n'existe aucun traitement substitutif ou d'aide à l'arrêt du cannabis
- Différentes techniques thérapeutiques : entretiens motivationnels, thérapie cognitive et comportementale +++
- Traitement des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques
- Traitement des troubles cognitifs, des problèmes relationnels, familiaux, sociaux
- Prévention de la rechute (situations à risque de reprise du cannabis)
- Recours à des intervenants spécialisés en addictologie si polyaddiction, trouble de l'adaptation en milieu scolaire ou professionnel, usage auto-thérapeutique en cas d'événements stressants même minimes, dysfonctionnement familial ou social majeur, trouble de l'humeur ou autre trouble psychiatrique

Q 45- ALCOOL

EPIDEMIOLOGIE

- Environ 5 millions d'abuseurs et de dépendants à l'alcool
- Tranche d'âge où la prévalence de la dépendance est la plus élevée : 45 - 54 ans
- Hommes au chômage (19,4%), travailleurs indépendants (20.3%) et femmes cadres (9%)
- 20 % des sujets hospitalisés ont un trouble lié à l'usage d'alcool, et parmi eux environ 7 % sont dépendants
- 23 000 décès liés à l'alcool en 1998 (50 % des cancers des voies aérodigestives supérieures, 40% de cirrhoses, 30 % des victimes d'accidents de la route, 10 à 20% des accidents domestiques et du travail, et 25% des décès par suicide)
- Comorbidités : troubles mentaux et dépendance à l'alcool

CLINIQUE

INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUE		
-Ivresse simple • Phase infra-clinique (0,5-0,7 g/l) : réponses inadaptées ou insuffisantes, altérations cognitives • Phase d'excitation psychomotrice (0,7-1,5 g/l) • Phase d'incoordination (1,5-2 g/l) : incohérence des propos, dysarthrie, trouble de la vigilance, syndrome cérébelleux, vestibulaire, trouble de la vision, altérations cognitives, hypoesthésie neurosensorielle, participation affective. • Phase d'ivresse comateuse (>3 g/l) avec mydriase aréactive	**-Ivresses pathologiques** • Caractéristiques sémiologiques communes : - Souvent prolongées - Evolution parfois de plusieurs jours - Se termine en général par une phase comateuse. - Amnésie constante totale ou partielle. - Volontiers récidivantes - Même présentation clinique • **3 formes cliniques** : - Forme excito-motrice - Forme hallucinatoire - Forme délirante	Crises convulsives Hépatite alcoolique aiguë Hypoglycémie

ALCOOLODEPENDANCE

- Visage congestionné
- Télangiectasies (pommettes, oreilles, nez)
- Conjonctives ictériques, yeux globuleux, œdème palpébral inférieur
- Langue couverte d'un enduit
- Tremblements labio-lingual et des extrémités
- Troubles psychiques : asthénie, agitation nocturne, irritabilité, troubles mnésiques, trouble du sommeil
- Troubles digestifs : brûlures gastriques, anorexie, amaigrissement
- Crampes nocturnes, myalgies

SYNDROME DE SEVRAGE EN ALCOOL (ALCOOLODEPENDANCE)

- Facteurs prédisposant ou aggravant le syndrome de sevrage : asthénie, malnutrition, pathologie organique, dépression, post-opératoire, post-anesthésie, froid, chaleur, stress
- Signes secondaires à l'arrêt ou à la diminution de l'alcool, après un usage massif et prolongé

-**Symptomatologie** :

- Tremblements
- Sueurs
- Soif
- Crampes
- Paresthésies
- Anxiété, trouble du sommeil
- Nausées, vomissements
- Crises convulsives généralisées
- Delirium Tremens au maximum

-**Sevrage thérapeutique en alcool (anciennement appelé cure de sevrage) hospitalier ou ambulatoire** (Conférence de consensus : www.has-sante.fr)

-**Indications d'hospitalisation** :

- organiques : maladie sévère justifiant une hospitalisation
- psychiatriques : syndrome dépressif ou autre pathologie psychiatrique sévère associée
- addictologiques : dépendance associée à d'autres produits, syndrome de sevrage en alcool sévère, antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée, échec d'un sevrage thérapeutique ambulatoire en alcool
- socio-environnementales : demande pressante de l'entourage familial ou professionnel, entourage non coopératif, situation sociale précaire

- Hydratation per os : 3 à 4 litres/jour
- Benzodiazépines : Diazepam, Valium® 10 mg : 6/j, puis diminution d'un cp toutes les 48 h (ou toutes les 72 h si antécédents de crises convulsives de sevrage) / préférer l'oxazepam, Seresta® si sujet âgé, cytolyse hépatique, femme enceinte

Equivalence de 10mg de diazepam
30 mg d'oxazepam ou 15 mg de chlorazepate

- Vitaminothérapie : B1, B6, PP : 3/j
- Magnésium si hypokaliémie : 3/j
- Folates chez la femme enceinte ou si carence documentée
- Addictolytique : acamprosate, Aotal® dès le début du sevrage ; Naloxone, Revia® à J7 du sevrage
- Entretiens motivationnels
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance clinique et paraclinique

DELIRIUM TREMENS

Prédelirium tremens

- 12 à 48 h après le sevrage
- Signes mineurs de sevrage

Delirium tremens : URGENCE MEDICOPSYCHIATRIQUE

-Clinique

- Délire confuso-onirique avec hallucinations multiples de thèmes professionnels, zoopsique avec une forte participation affective, variant dans la journée, de recrudescence vespérale et dans l'obscurité
- Tremblement intense généralisé, dysarthrie, trouble de l'équilibre, possibles troubles de la déglutition et hypertonie oppositionnelle dans les formes sévères
- Signes neurovégétatifs

-Evolution

- Rapidement favorable sous traitement
- Mortalité dans 20% des cas
- Récidives possibles

-Traitement

- Hospitalisation en urgence
- Chambre faiblement éclairée, sans contention
- Examen clinique
- Traitement du syndrome de sevrage en alcool avec réhydratation par voie IV, neuroleptiques antiproductifs ou antipsychotiques atypiques en seconde intention si composante délirante persistante
- Traitement étiologique

TROUBLES NEUROLOGIQUES LIES A L'ALCOOL	
Encéphalopathie de Gayet-Wernicke	**Syndrome de Korsakoff**
Lésions de la substance grise autour des IIIème et IVème ventricules cérébraux et des tubercules mamillaires Lié à la carence en vitamines B1 **-Clinique : Le diagnostic est clinique** Syndrome confusionnel Troubles oculomoteurs : paralysies oculomotrices bilatérales, pseudo-nystagmus, névrite optique rétrobulbaire, papillite au fond d'œil. Hypertonie généralisée paroxystique, prédominant aux membres supérieurs de type oppositionnel. Dyskinésies, dysarthrie, hyperalgésie, Grasping, signe de Babinski, paralysie faciale. Polynévrite sensitivo-motrice. Troubles neurovégétatifs **-Biologie :** Diminution du taux sérique de la vitamineB1 Hyperpyruvicémie. Diminution de l'activité transcétolasique des hématies **-Evolution :** Régression sous traitement (sevrage thérapeutique en alcool et vitaminothérapie B1) Séquelles fréquentes à type de nystagmus et polynévrite Evolution possible vers un syndrome de Korsakoff, ou vers une démence.	Lésions bilatérales au niveau des tubercules mamillaires et du circuit de Papez Lié à la carence en vitamine B1 **-Clinique :** Début brutal ou progressif Amnésie antérograde avec oublis à mesure/respect de la mémoire immédiate et des souvenirs anciens. Fabulations Fausses reconnaissances Anosognosie Participation affective : Irritabilité, apathie, anxiété voire euphorie. Polynévrite sensitivo-motrice **-Evolution :** Syndrome démentiel Rémission partielle sous traitement avec amnésie lacunaire Troubles trophiques dus à la polynévrite **-Traitement** : sevrage thérapeutique en alcool et vitaminothérapie B1.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES LIES À L'ALCOOL	
Exposition prénatale à l'alcool	**Trouble psychotique induit par l'alcool ou hallucinose des buveurs**
• Toute consommation d'alcool est contre indiquée pendant la grossesse et l'allaitement. • Cause de retard mental par inhibition de la croissance *in utero* lorsque la mère s'alcoolise • Microcéphalie • Malformations cranio-faciales • Malformations des membres et cardiaques • Petite taille • Comportements inadaptés à l'âge adulte	• Hallucinations, lors du sevrage, généralement auditives, calomnieuses, menaçantes la plupart du temps, avec participation anxieuse importante • Non structuré • Durée de moins d'une semaine (durée pendant laquelle la perception de la réalité est souvent altérée) • Signes négatifs : absence de confusion

AUTRES TROUBLES PSYCHIATRIQUES
Trouble anxieux
Trouble de la personnalité antisociale.
Troubles de l'humeur
Risque suicidaire
Troubles sexuels
Trouble du sommeil
Complications sociales : désinsertion socioprofessionnelle, isolement progressif, possible clochardisation

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'ALCOOLODEPENDANCE

- En ambulatoire (si motivation suffisante, si bonne insertion professionnelle et familiale) ou à l'hôpital (si besoin d'une rupture avec le milieu familial, échec d'un traitement en ambulatoire, si antécédents de crises convulsives ou de DT, si risque auto ou hétéroagressif) pour un sevrage thérapeutique en alcool
- Consommation déclarée d'alcool (CDA) : 1 verre standard = 10 g d'alcool

Une bouteille de vin = 8 verres ; une cannette de bière 25cc = 1 verre standard ; une bouteille de pastis = 32 verres ; une bouteille de whisky ou de vodka = 22 verres

- Biomarqueurs de la dépendance à l'alcool : CDT (se positive autour de 6 verres/jour), GGT (se positive autour de 10 verres/jour), ASAT, ALAT, VGM
- Bilan biologique usuel
- Echographie abdominale
- Bilan et traitement des complications somatiques
- Vitaminothérapie pendant 3 mois
- Traitement médicamenteux addictolytique :
  - Acamprosate, Aotal® : 6/j (si poids>60kg), ou 4/j (si poids<60 kg), pour un 1 an à la même posologie.
  - Naltrexone (Revia®) : 1/j à partir du 7ème jour de sevrage pendant une durée de 3 mois
  - Association possible de ces deux derniers
  - Disulfiram (Esperal®) en dernière intention : 1/j après bilan pré-thérapeutique (ECG, EEG, BHC, examen ophtalmologique).
- Entretiens motivationnels
- Travail sur la prévention de la rechute et le maintien de l'abstinence à l'aide des techniques de thérapie cognitive et comportementale
- Association d'anciens buveurs, réunions d'information, groupe de paroles
- A long terme : suivi ambulatoire, hôpital de jour d'addictologie, centre de post-cure (préparation du projet avec l'assistante sociale)

Q 45- COCAINE & CRACK

EPIDEMIOLOGIE

Selon les estimations de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanie (OEDT), l'expérimentation de la cocaïne touche 3% de l'ensemble de la population adulte.
Un pour cent de la population adulte a déjà essayé la cocaïne au cours de la dernière année, tandis qu'environ 0,5% de l'ensemble de la population adulte en a consommé au cours du dernier mois.
Les hommes âgés entre 15 et 34 ans, vivant dans les zones urbaines, en sont les principaux consommateurs. La consommation touche plus les hommes que les femmes et la tranche d'âge se situe entre 20 et 34 ans avec un sous-groupe de 35-39 ans.
La consommation est variable : on remarque une consommation occasionnelle le week-end, associée à une ambiance festive mais la consommation régulière est non négligeable.
Les différents modes de consommation : la cocaïne se retrouve le plus souvent en poudre (dans 70 % des cas : elle est sniffée ou fumée) sinon elle est injectée (dans 5% des cas).

I-PRODUITS

-CHLORHYDRATE DE COCAINE

- Obtenu à partir des feuilles de l'arbre appelé Erythroxylon Coca
- Apparence physique sous forme de poudre blanche floconneuse et cristalline, peu soluble dans l'eau et de saveur amère
- Souvent coupée à l'aide de sucre, de talc, de laxatif ....
- Peut être mélangée à des opiacés comme l'héroïne (speedball)
- Voies d'administration : sniffée ou fumée dans 70% des cas, injectée par voie IV dans 5% des cas

-CRACK, FREEBASE

- Obtenu par la transformation de la cocaïne mélangé avec du bicarbonate de soude (CRACK) ou avec de l'ammoniaque (FREEBASE).
- Sous forme de bloc de cristaux
- Fumée dans la majorité des cas
- Le crack peut être injecté

II-MODE D'ACTION

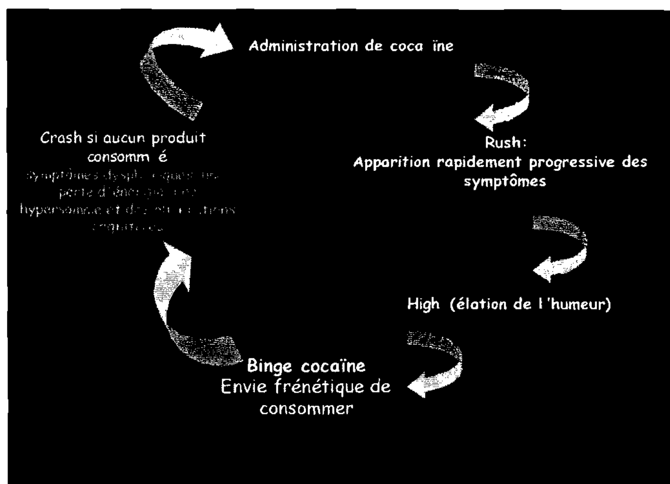
- Demi-vie courte de l'ordre de 40 minutes
- Lipophile, traverse facilement la barrière hémato-encéphalique
- Fixation sur de nombreux sites dans le système nerveux central, mais également dans le cœur, le foie, les reins et les surrénales.
- La cocaïne ne semble pas franchir pas la barrière placentaire et est faiblement éliminée dans le lait maternel.

Le début des effets physiologiques et psychotropes de la cocaïne dépend nettement de la dose administrée, de sa voie d'administration (la voie intraveineuse, proche de la voie fumée, a des effets nettement plus rapides que la voie intranasale (quelques secondes contre quelques minutes)) et des sujets.

III- EFFETS PSYCHOTROPES, MOTEURS ET NEUROVEGETATIFS

EFFETS PSYCHOTROPES	EFFETS MOTEURS ET NEUROVEGETATIFS
▪ Euphorie ▪ Anxiolytique pour certains ▪ Sensation de bien-être ▪ Augmentation de l'énergie ▪ Augmentation de l'estime de soi ▪ Impression d'une plus grande efficience de la pensée voire tachypsychie ▪ Facilitation de la communication, ▪ Logorrhée ▪ Desihnibition, ▪ Effet entactogène (facilite le contact) ▪ Hypervigilance ▪ Eveil des sens, augmentation de l'intérêt sexuel et excitation sexuelle ▪ Trouble du sommeil (insomnie ++) ▪ Anorexie ▪ Agressivité	▪ Augmentation de l'activité motrice ▪ Tachycardie ▪ Hypertension artérielle ▪ Mydriase ▪ Pâleur ▪ Possible hyperthermie

Lors d'un usage de cocaïne, il est constaté les phénomènes cliniques suivants :



Le crash peut être géré par les patients de manière autothérapeutique avec de l'alcool, des sédatifs, du cannabis, des opiacés. Cela peut entraîner secondairement d'autres syndromes de dépendance. La consommation d'alcool avec la cocaïne est un phénomène clinique fréquent. Le retour à une humeur de base prend 3 à 4 jours après l'épisode de binge.

La dépendance à la cocaïne est à la fois physique et psychologique. Elle s'installe d'une manière rapide et progressive. Elle est fréquemment associée à des complications psychologiques, psychiatriques, somatiques, sociales et légales.

Le syndrome de sevrage en cocaïne comprend au minimum une humeur triste, et au moins deux ou trois des symptômes suivants : fatigue, rêves vifs ou déplaisants, sommeil perturbé, appétit augmenté, ralentissement psychomoteur, agitation.

IV-COMPLICATIONS

1-Complications somatiques

Infectieuses	• Risque de transmission du VIH, de l'hépatite C ou B si le matériel d'injection est partagé. • Idem pour le partage de pailles • Risque d'abcès • Risque indirect d'IST (Infections Sexuellement Transmissibles)
Cardio-vasculaires	• Syndrome coronarien aigu (douleur angineuse, infarctus du myocarde, spasme sur artère saine...) • Dissection aortique • Occlusion artérielle aiguë • Troubles du rythme • Crise hypertensive
ORL	• Epistaxis • Ulcérations des fosses nasales • Infections naso-sinusiennes • Nécrose des cloisons nasales • Nécrose extensive de la face et brûlures des voies aérodigestives supérieures (rares)
Neurologiques	• Crises convulsives • Accident vasculaire cérébraux
Gynéco-obstétricales	• Prématurité • Retard de croissance intra-utérin • Hématome rétro placentaire • Rupture utérine • Infarctus utérin
Pulmonaires	• Pneumothorax • Œdème pulmonaire • Aggravation de maladies pulmonaires préexistantes

2-Complications psychiatriques

- Dépression (comorbidité fréquente) avec risque suicidaire
- Episode maniaque induit par le produit (sémiologiquement proches des épisodes maniaques dans le cadre d'un trouble bipolaire)
- Episodes psychotiques transitoires, déclenchés après la prise de cocaïne
- Hallucinations auditives, visuelles, olfactives
- Trouble anxieux généralisé
- Trouble phobique
- Personnalité antisociale
- Syndrome de Recherche Compulsive de Crack (recherche compulsive de morceaux de crack, dans les lieux où le patient a fumé, associé à un désir obsédant de crack)
- Trouble Hyperactif avec Déficit de l'Attention associé dans 35% des cas à l'usage de cocaïne

V-PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Il n'existe aucun traitement médicamenteux de substitution pour l'addiction à la cocaïne

Actuellement, des essais thérapeutiques sont en cours avec les agents GABAergiques, le modafinil, le disulfiram, l'aripiprazole, le N-Acetyl Cystéine.

Sur le plan psychothérapeutique, sont validés les entretiens motivationnels et la thérapie cognitive et comportementale.

Q 45- ECSTASY (AMPHETAMINES)

-Epidémiologie

- 5 % des garçons et 2,2 % des filles de 18 ans déclaraient en avoir consommé au moins une fois
- Consommation majoritairement festive (milieu techno, boites de nuit, soirées privées)

- Voie d'administration

- *Per os* (gobée) ou sniffée
- Voie intraveineuse rare
- Effets variables selon les produits et les sujets

-Effets cliniques

- Usage ou abus, dépendance possible
- Phénomène de tolérance lors de consommations rapprochées
- Produit entactogène (facilite le contact)
- Souvent consommé avec du cannabis et/ou de l'alcool, consommation d'autres produits possible
- Effets recherchés : effet stimulant (speed) et empathogène (love) durant 3 à 6 heures
- Euphorie, desinhibition, augmentation de l'estime de soi, sentiment de toute puissance, diminution de la sensation de fatigue, perte de l'appétit, perte de la notion du temps, modifications de la perception des choses
- Augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, sécheresse buccale, sueurs, tremblements, trismus avec grincement des dents, myalgies
- Descente avec épuisement physique et symptômes dépressifs durant environ huit heures (quand il n'y a plus de produit) pouvant être gérée avec d'autres produits (cannabis, benzodiazépines, héroïne...)

-**Conséquences somatiques**

- Hépatites
- Hyperthermie maligne avec rhabdomyolyse, CIVD, défaillance viscérale multiple
- Hyponatrémie
- Accident vasculaire cérébral
- Convulsions

-**Conséquences psychiatriques**

- Attaque de panique, Bad trip
- Dépression
- Trouble du sommeil
- Etat délirant (pharmacopsychose)
- Troubles mnésiques à long terme
- Mode d'entrée dans une schizophrénie

Q 45- OPIACES

Conférence de consensus : www.has-sante.fr

EPIDEMIOLOGIE
150 - 180 000 usagers problématiques d'opiacés
En 2003, entre 72000 et 85000 patients sous buprenorphine haut dosage (BHD), Subutex®   En 2003, entre 11000 et 17000 patients sous chlorhydrate de méthadone, Méthadone® suivis dans un centre spécialisé de soins pour toxicomanes
6% de détournement de la BHD

PRODUITS
Héroïne : produit dérivé de la morphine se présentant sous forme de poudre (blanche, brune ou beige)   Souvent coupée à la quinine, à la procaïne, à la caféine, au talc....
Sulfate de Morphine (Skenan®, Moscontin®) ; Temgesic®
Substitution : Méthadone®, Subutex®, Buprenorphine® Arrow, Suboxone® (buprenorphine/naloxone)
Médicaments antitussifs contenant de la codéine

.MODE D'ADMINISTRATION DES OPIACES
Héroïne : voie intraveineuse (shoot, fix), intranasale (sniff), fumée
Méthadone® (per os) ; BHD (voie sublinguale) ; Suboxone® (voie sublinguale)

CLINIQUE DE L'HEROINE
Lors des premières prises, effets cliniques à type de flash (orgasmique), d'euphorie, de somnolence, nausées, vertiges, bradycardie.   Abus ou dépendance (phénomène de tolérance ++++)

SYNDROME DE SEVRAGE A L'HEROINE
• 12 à 14 heures après la dernière consommation : bâillements, larmoiement, rhinorrhée, mydriase, sueurs, anxiété • 24 heures : majoration des signes et apparition de contractions musculaires, irritabilité, insomnie, anorexie, nausées, myalgies, crampes abdominales, frissons • 3ème jour : acmé des symptômes somatiques (diarrhées, vomissements, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle, angoisse majeure) • 8ème jour : régression de la symptomatologie, persistance possible d'une anxiété avec trouble du sommeil et asthénie

COMPLICATIONS DE L'ADDICTION A L'HEROINE

SOMATIQUES	PSYCHIATRIQUES	GYNECOLOGIQUES OBSTETRICALES	SOCIALES
• Infections (VIH, VHC, VHB...) • Abcès • Endocardite • Pneumopathies • Convulsions • HTA • OAP • Overdose avec trouble de la conscience, myosis bilatéral et dépression respiratoire	• Episode délirant Pharmaco-psychose • Dépression • Décompensation délirante d'une schizophrénie • Risque suicidaire +++	• Aménorrhée • Prématurité, • Hypotrophie, • Mort fœtale *in utero* • Syndrome de sevrage quelques jours après l'accouchement : -trémulation, insomnie, fièvre, hyperréflexivité, diarrhée, vomissements, rhinorrhée, détresse respiratoire	• Prostitution • Délinquance • Marginalité • Chômage • Absence de couverture sociale

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

La prise en charge doit être GLOBALE (somatique, psychologique, psychiatrique et sociale)

-Evaluation de la conduite addictive :

- Age de début et histoire des consommations (doses, voies d'administration, autres produits, dose maximum administrée, overdoses ou autres accidents)
- Traitements de substitution déjà pris
- Hospitalisation(s) ou suivi ambulatoire pour sevrage thérapeutique, post cures
- Coaddictions
- Craving, sevrage

-Evaluation clinique psychopathologique

- Antécédents personnels et familiaux psychiatriques (trouble de l'humeur, tentative(s) de suicide, délira, trouble de la personnalité....)
- Hospitalisations, suivi ambulatoire
- Personnalité sous jacente
- Tempérament, cognitions
- Traitements psychotropes

-Evaluation clinique somatique

-Evaluation sociale

- Poursuites judiciaires en rapport ou non avec le produit, antérieures à la consommation
- Qualité de l'entourage
- Vie familiale, enfant(s)
- Emploi
- Couverture sociale

-Evaluation de la motivation au changement (entretiens motivationnels)

-Modalités du sevrage thérapeutique en opiacés

- Soit ambulatoire : contrat de soins, consultations rapprochées, remise directe des médicaments en quantité limitée
- Soit hospitalier si échec en ambulatoire, risque de passage à l'acte, comorbidités psychiatriques, isolement social
- Traitement médicamenteux
  - Traitement symptomatique des manifestations de sevrage
    → Antalgiques (ne comprenant de dérivés opiacés comme par exemple le Diantalvic®) : utiliser le paracétamol
    → Spasmolytique (Spasfon®)
    → Antinauséeux, antidiarrhéique (Motilium®, Primpéran®)
    → Sédatifs (neuroleptiques ou anxiolytiques type hydroxyzine)
    → Alpha2+ central (guanfacine, Estulic® ou clonidine, Catapressan®) pour traiter le syndrome adrénergique avec surveillance de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle
  - Traitement substitutif
    → Méthadone® (en milieu hospitalier) per os
    → Subutex® (en médecine de ville essentiellement ou en milieu hospitalier) per os, voie sublinguale
    → Suboxone® (en médecine de ville ou en milieu hospitalier) per os, voie sublinguale
    → Aide à la stabilisation du patient en évitant les complications liées au produit

PRESCRIPTION DE METHADONE SI MESUSAGE
(usage détourné comme l'utilisation par voie intranasale ou intraveineuse)
DE SUBUTEX OU D'OPIACES

- Bilan et traitement des comorbidités psychiatriques et somatiques
- Psychothérapie de soutien, thérapie cognitive et comportementale
- Thérapie familiale dans certaines situations
- Suivi post-sevrage (somatique, psychologique, social) en ambulatoire ; des post cure dans des établissements spécialisés peuvent être prévus
- Association d'anciens toxicomanes (Narcotiques Anonymes)

Q 45 & 177- TRAITEMENT SUBSTITUTIF : CHLORHYDRATE DE METHADONE®

La méthadone, agoniste des récepteurs opiacés, agit principalement sur les récepteurs mu. Comme les autres opiacés, elle possède des propriétés analgésiques et antitussives et entraîne un syndrome de dépendance pharmacologique.

I-PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES

- Administration par voie orale
- Liaison à l'albumine et aux autres protéines plasmatiques et tissulaires
- Taux de fixation aux protéines plasmatiques : de 60 à 90 %
- Diffusion placentaire et excrétion dans le lait maternel
- Demi-vie plasmatique : 12 à 18 heures
- Variations des concentrations plasmatiques interindividuelles
- Métabolisme principalement hépatique
- Excrétion par filtration glomérulaire puis réabsorption rénale
- Excrétion urinaire dose-dépendante (voie principale d'élimination)
- Après l'administration d'une dose unique de méthadone, 20 % sont excrétés dans les urines sous forme inchangée et 13 % sous forme métabolisée. 20 à 40 % de la dose initiale sont également excrétés dans les fèces sous forme métabolisée via la bile
- Peut être trouvée dans la sueur et la salive

II-INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique
- Sevrage thérapeutique en opiacés

III-EFFETS SECONDAIRES

- En début de traitement et lors de la phase d'entretien
  - Hypersudation
  - Nausées
  - Constipation
  - Euphorie
  - Vertiges

- En début de traitement et lors de la mise en place du traitement
  - Somnolence
  - Vomissements
  - Sédation
  - Dysurie
  - Œdèmes

- Autres
  - Dépression respiratoire, apnée
  - Hypotension artérielle, bradycardie, palpitations
  - Choc, arrêt cardiocirculatoire
  - Céphalées
  - Troubles psychiatriques
  - Troubles visuels
  - Sécheresse buccale
  - Spasme du sphincter d'Oddi
  - Flush, prurit, urticaire, rash
  - Diarrhée
  - Trouble digestif

IV-CONTRE INDICATIONS

- Enfant de moins de 15 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Hypersensibilité au produit
- Association médicamenteuse
- Traitement concomitant par un agoniste antagoniste morphinique (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine).
- Intolérance au Fructose
- Malabsorption des sucres

PRECAUTIONS D'EMPLOI

-Arrêt brutal du traitement :

- L'arrêt brutal du traitement entraîne l'apparition d'un syndrome de sevrage opiacé et une diminution de la tolérance acquise. En cas de reprise du traitement les mêmes précautions que lors de la mise en place du traitement doivent être prises.

-Sujet âgé

- Asthme, insuffisance respiratoire
- Insuffisance rénale, hépatique grave, surrénalienne
- Hypothyroïdie
- Hypertrophie de la prostate
- Epilepsie
- Diabète
- Usage d'alcool (14 mg d'alcool par ml de sirop)
- Grossesse, allaitement

Conducteurs de véhicules, sportifs

SYNDROME DE SURDOSAGE (OVERDOSE)

-Signes de l'intoxication :

- Myosis
- Bradypnée
- Dépression respiratoire
- Œdème pulmonaire
- Somnolence
- Coma
- Hypotension artérielle
- Bradycardie
- Apnée

-Traitement :

- Traitement symptomatique de la dépression respiratoire et de l'hypotension : mesures de réanimation habituelles
- En cas de risque vital, l'administration par voie IV ou IM d'opiacés antagonistes (naloxone) doit tenir compte de la longue durée d'action de la méthadone (36 à 48 heures).

V-MODALITES DE PRESCRIPTION

Voie per os, réservé aux adultes et adolescents volontaires

- **Conditions de prescription et de délivrance de la méthadone**

Prescription, en toutes lettres sur l'ordonnance sécurisée, par médecin thésé inscrit au Conseil de l'Ordre, limitée à quatorze jours

Traitement pouvant être délivré quotidiennement sous contrôle médical ou infirmier en centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Il peut être délivré en pharmacie soit quotidiennement soit tous les 7 ou 14 jours.

- **Mise en place du traitement** : 10 à 40 mg selon le niveau de dépendance physique, doit être administrée au moins dix heures après la dernière prise d'opiacés.

Attention, risque de létalité due à des fortes doses de méthadone

- **Adaptation posologique** : posologie augmentée progressivement jusqu'à 60 mg en 1 à 2 semaines en fonction de la réponse clinique pour prévenir les signes de sevrage ou un possible surdosage

- **Dose d'entretien** : obtenue par augmentation de 10 mg par semaine et se situe habituellement entre 60 et 100 mg par jour (mais des doses supérieures peuvent être nécessaires). Les modifications de posologie sont alors déterminées après réévaluation clinique et des prises en charges associées. Le traitement est administré en une prise unique quotidienne

- **Suivi du traitement** : analyses urinaires pratiquées 1 à 2 fois par semaine pendant les trois premiers mois de prescription, puis 2 fois par mois.
  La recherche de toxiques urinaires concerne la méthadone, les opiacés naturels et/ou de synthèse, l'alcool, la cocaïne, les dérivés amphétaminiques, le cannabis

- **Travail en réseau (médecin, pharmacien, centre d'addictologie)**

- **Condition d'arrêt du traitement** : l'arrêt du traitement peut se faire soit en ambulatoire soit en hospitalisation. Il doit se faire par diminution progressive de la posologie par palier, au moins hebdomadaire, de 5 à 10 mg. Pendant cette période de diminution progressive des doses, il est nécessaire d'être vigilant à toute reprise de l'intoxication qui nécessiterait un retour à la posologie antérieure.

Q 45 & 177- TRAITEMENT SUBSTITUTIF : SUBUTEX®, BUPRENORPHINE®

La buprénorphine est un agoniste antagoniste morphinique qui se fixe au niveau des récepteurs opioïdes mu et kappa.
Le mésusage de Buprénorphine Haut Dosage est fréquent (voie IV, voie intranasale, chevauchement ou fractionnement des prises, marché noir)

I-PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES

- Par voie sublinguale, la biodisponibilité absolue de la buprénorphine a été estimée entre 15 et 30 %.
- Pic de concentration plasmatique 90 minutes après administration sublinguale
- Relation dose concentration maximale linéaire entre 2 et 16 mg.
- Demi-vie de 2 à 5 heures.
- Métabolisé par 14-N-désalkylation et glycuroconjugaison de la molécule mère et du métabolite désalkylé.
- Elimination dans les fèces par excrétion biliaire des métabolites glycuroconjugués (80%) et dans les urines

II-INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique
- Sevrage thérapeutique en opiacés

III-EFFETS SECONDAIRES

- Insomnie, somnolence
- Asthénie
- Nausées, vomissement, constipation
- Hypotension orthostatique
- Lipothymie
- Sensation de vertige
- Céphalées
- Hypersudation
- Augmentation des transaminases (rare)
- Hépatite cytolytique et ictérique (rare)
- Hallucinations (rare)

Dépression respiratoire (des cas de décès ont été observés, ***notamment en cas d'association avec des benzodiazépines et lors du mésusage de la buprénorphine***)

Syndrome de sevrage : chez les patients présentant une dépendance marquée, une première administration de buprénorphine peut produire un effet de sevrage du même type que celui de la naloxone. Ce produit peut provoquer un syndrome de sevrage opiacé s'il est administré à un addict moins de 4 heures après la dernière prise d'opiacés

Réaction locale parfois septique en cas de mésusage (usage par voie IV)

IV-CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité à l'un des constituants
- Enfant de moins de 15 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Insuffisance hépatique sévère
- Abus d'alcool
- Delirium tremens

PRECAUTIONS D'EMPLOI
• Asthme • Insuffisance respiratoire : quelques cas de dépression respiratoire ont été décrits avec la buprénorphine en association avec des BZD • Insuffisance rénale, hépatique • Grossesse : pas d'augmentation du risque de malformation lié à la prise de BHD au cours du premier trimestre de grossesse. La BHD peut être prescrite pendant la grossesse en fonction du bénéfice attendu versus le risque pour la mère et le nouveau-né. Cependant, une adaptation posologique peut être nécessaire. Il existe un risque de syndrome de sevrage et de dépression respiratoire chez le nouveau né d'une mère prenant de la BHD à fortes doses au cours du dernier trimestre de grossesse. Une surveillance néonatale doit être envisagée. • Conducteurs de véhicules et utilisateurs de machines (risque de somnolence) • Sportifs (réaction positive des tests pratiques lors des contrôles antidopage)
Risque de surdosage (Cf. Méthadone)

V-MODALITES DE PRESCRIPTION

- ***Conditions de prescription et de délivrance de la BHD***
- Prescription par tout médecin thésé inscrit au Conseil de l'Ordre après avoir examiné le patient.
- Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée pour une durée ne pouvant excéder 28 jours.
- Délivrance : une prise par jour
- Voie sublinguale, réservé aux adultes et adolescents volontaires
- Travail en réseau comprenant les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les médecins généralistes, les pharmaciens et un centre hospitalier.

- ***Mise en place du traitement, suivi et surveillance***
  - La dose initiale est de 4 à 8 mg/j au vu des pratiques professionnelles en prise quotidienne unique sublinguale
  - Respecter un délai de 24 heures après la dernière prise d'opiacés pour éviter le syndrome de sevrage dû aux propriétés antagonistes de la buprénorphine
  - Paliers d'augmentation de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, jusqu'à la dose optimale
  - Adaptation du traitement avec recherche de la posologie optimale initialement par paliers de 1 à 3 jours pendant les 10-15 premiers jours, jusqu'à suppression des symptômes de sevrage, puis paliers de 4 à 7 jours.
  - Posologie de stabilisation pour la BHD de 8 à 16 mg/j.
  - Durant cette période, le pharmacien doit être averti des modifications du traitement et des modalités de la délivrance. Il doit signaler en retour toute anomalie au médecin prescripteur.
  - Suivi du patient en période de stabilisation : il faut être vigilant vis-à-vis du mésusage du traitement substitutif, d'une reprise de consommation d'héroïne, de l'apparition ou de l'augmentation de la consommation d'autres substances psychoactives.
  - En l'absence d'amélioration : réévaluation et réorientation de la prise en charge si besoin.

Q 45 & 177- TRAITEMENT SUBSTITUTIF : SUBOXONE®

La Suboxone est le premier traitement combiné (buprénorphine et naloxone (composante destinée à dissuader du mésusage de buprénorphine) de la pharmacodépendance aux opiacés réservés aux adultes et aux adolescents de plus de 15 ans acceptant d'être traités.

LA PRESCRIPTION SE FAIT SUR ORDONNANCE SECURISEE SELON LES MEMES MODALITES QUE LA BHD

I-MISE EN ROUTE, ADAPATION ET STABILISATION DU TRAITEMENT

- Bilan pré-thérapeutique : bilan hépatique complet, sérologies VHB, VHC et VIH (avec accord du patient)
- Induction du traitement : 2 à 4 mg dès les premiers signes de manque (attendre au moins 6 heures après la dernière prise d'opiacés) avec possibilité de renouveler la prise le même jour
- Prendre le traitement tous les jours par voie sublinguale
- Adapter la posologie en fonction de l'état clinique et psychopathologique par paliers de 2 à 8mg
- Posologie d'entretien jusqu'à 24 mg/j au maximum
- Choix de 3 schémas posologiques : 1 fois sur 2 ; 1 jour sur 2 ; 3 fois par semaine

II-EFFETS SECONDAIRES

- Somnolence, anxiété, nervosité, insomnie
- Vertiges
- Infections
- Réaction allergique
- Œdème périphérique
- Perte de poids
- Diminution de la libido
- Trouble de la sécrétion lacrymale
- Amblyopie
- HTA
- Migraine

- Rhinite, pharyngite, toux
- Constipation, nausées
- Altération de la fonction hépatique
- Sueurs
- Arthralgies, myalgies, crampes
- Syndrome de manque

III-CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité à l'un des constituants
- Enfant de moins de 15 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Insuffisance hépatique sévère
- Abus d'alcool
- Delirium tremens

Q 45- JEU PATHOLOGIQUE

I-DIAGNOSTIC

- Touche surtout les hommes mariés
- Concerne un seul jeu (loterie, machines à sous, tiercé, quarté, quinté, rapido, poker...)
- Le jeu pathologique s'installe sur plusieurs années avec différentes phases : le gain, la perte (je joue pour me refaire) et le désespoir (le jeu est un antidépresseur)

Critères diagnostiques (DSM IV TR) :

« Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu », comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- Préoccupation par le jeu
- Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
- Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
- Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique
- Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes
- Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu
- Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
- Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.